

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

VALÊNCIO MANOEL

**O COMPLEXO PATOGÊNICO DA MALÁRIA NAS CIDADES DE
BENGUELA, LOBITO E COMUNA DA CATUMBELA:
UM ESTUDO DE GEOGRAFIA MÉDICA MAXSOREANA
APLICADA EM ANGOLA (1615 – 1940)**

DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

SÃO PAULO

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Valêncio Manoel

**O COMPLEXO PATOGÊNICO DA MALÁRIA NAS CIDADES DE
BENGUELA, LOBITO E COMUNA DA CATUMBELA:
UM ESTUDO DE GEOGRAFIA MÉDICA MAXSOREANA
APLICADA EM ANGOLA (1615 – 1940)**

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências Sociais-Antropologia, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Helena Villas Bôas Concone e co-orientadora Prof^a. Dr^a. Cristiana Bastos, do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

São Paulo

2007

Manoel, Valêncio

O Complexo patogênico da malária nas cidades de Benguela, Lobito e Comuna da Catumbela: um estudo de geografia médica maxsoreana aplicada em Angola (1615 – 1940).

261p.

Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP. São Paulo, 2007.

Área de Concentração: Antropologia

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Villas Bôas Concone

Co-orientadora Prof^a. Dr^a. Cristiana Bastos, do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

BANCA EXAMINADORA

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese por processos de fotocopiadora ou eletrônicos.

Assinatura: _____ Local e Data:

“In memoriam” ao valente casal:

Paulo Manoel e Liberata Custódio Manoel.

Nasceram, cresceram e morreram na dignidade,
não deixaram heranças materiais, mas um
exemplar de modelo de vida...

“Vá filho e lute com todas as forças de sua
negritude!”

Aos meus filhos:

Richele,

Caroline,

Richelieu,

Caly,

Paulo Vinícius,

Danilo e

Naara

Minha Neta Lorenza

Pela minha ausência.

AGRADECIMENTOS:

Felizmente, tenho muitas pessoas para agradecer, alguns não estão registrados, mas estão no meu subconsciente pela leal ajuda.

Mais uma vez, agradeço a Doutora Helena Ribeiro, da Faculdade de Saúde Pública da USP/SP, pelo incentivo nestes 24 anos de superações, desde os tempos de graduação. Por sempre apontar-me os caminhos da ciência nos momentos de enclaves.

Agradeço também a Doutora Maria Helena Villas Boas Concone, pelo desafio de aceitar dar continuidade à minha orientação no meio do caminho.

À minha Co-Orientadora e Pesquisadora do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Professora Doutora Cristiane Bastos, pela sapiência e dicas formidáveis de pesquisa na bela e formosa Lisboa.

A todos os funcionários do Arquivo Histórico Ultramarino, em especial ao Antônio.

Ao Instituto de Doenças Tropicais do Hospital Egas Moniz de Lisboa.

Aos amigos e colegas portugueses do Instituto de Ciências Sociais, de Lisboa.

A Doutora Goretti, pela magnífica recepção aos brasileiros.

Aos amigos da república “Bem Brasil”, lá no Bairro do Rato, pela amizade, pela acolhida: Gomes, Cláudio, Isaías, Nélio. Brasileiros que lutam pela sobrevivência em Portugal.

Aos meus alunos do Curso de Geografia da Universidade Cruzeiro do Sul, pelas práxis e discussão do trabalho.

A CAPES pela concessão da Bolsa de Doutorado na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo do Programa de Pós Graduado em Ciências Sociais, além do Estágio de Doutorado no Exterior (PDEE), junto ao Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa - Portugal.

Enfim: paciência, perseverança e muita dedicação fizeram deste trabalho uma homenagem ao povo angolano, que mesmo nas dificuldades não desistem da busca incessante pela equidade, paz e justiça social rumo á construção de uma nova Nação.

Para Helena Lourenço Chimena: companheira nestes longos anos de luta no Brasil e sempre na expectativa de retorno para sua Angola.

Claudete Sonia M. C. Manoel: ex-companheira de um início de vida difícil, mas, compensadora pelos filhos e filhas agora na continuidade da luta.

Aos meus irmãos; José de Paula Costa, Roberto de Paula Costa, Maria Rosária Manoel, Isabel Manoel, Custódio Manoel, Valério Carvalho Manoel e “In memoriam” o Moisés Manoel (negro da canela fina), enfim todos da família Manoel pelo apoio e paciência nesta vida.

Gratidão, a Roseli Margarete, entre um fado português nas madrugadas e um copo de vinho, um grande amor, pela leitura do texto com sapiência.

RESUMO

A presente tese tem como objetivo realizar estudos da Geografia Médica e da Saúde, em três cidades do continente africano, localizados em Angola: Benguela, Lobito e Comuna da Catumbela, no período de 1615 a 1940.

Esta pesquisa promove uma discussão acerca da Teoria do Complexo Patogênico da Malária (elaborada pelo geógrafo Francês Max – Sorre), como também, através da re – leitura da Antropogeografia (de Friedrich Ratzel). Neste contexto, relato o olhar do colonizador europeu, que considerava a Malária nas colônias um problema regional – cultural. Exponho à aplicação de uma Geografia Médica imperialista ocidental, que remete a quase extinção da Medicina local. Há uma luta recorrente nestes reinos, para exterminar as grandes epidemias de Malária dentro da sua ocupação territorial. No século XX, apesar dos avanços bio-tecnológicos, ainda prevalece à receptividade e a vulnerabilidade da Malária. Há crise da Saúde Pública angolana para controlar epidemias, com a ausência de uma Geografia da Saúde. Numa retrospectiva do processo histórico – social, no período acima descrito, busco um ensaio de forma relativa, uma proposta de reconstrução das relações entre o homem, o meio ambiente, e a complexidade patológica da Malária na República de Angola.

Palavras Chaves: Geografia Médica, Imperialismo, Saúde, Malária, Meio Ambiente Urbano, Gestão e Planejamento em Saúde Pública.

ABSTRACT

The present thesis has objective to carry through studies of Medical Geography of the Health, in three cities of the African continent, located in Angola: Benguela, Lobito and Commune of the Catumbela, in the period of 1615 the 1940.

This research about in such a way promotes quarrel of the Theory of the Pathogenic Complex of the Malaria (elaborated for the French geographer Max – Sorre), as well as, through the re – reading of the European colonized, that considers the Malaria in the colonies a regional- cultural problem.

I display the application of a Medical Geography imperialist occidental person, who almost sends the extinguishing of the local Medicine. It has a recurrent fight in these Kingdoms, to inside determiner the great epidemics of Malaria of its territorial occupation. In century XX, although the biotechnological advances, still take advantage the receptive and the vulnerability of the Malaria. It has crisis of the Angolan Public Health. In a retrospect of the description – social process, in the above described period, I search an assay of relative form, a proposal of reconstruction of the relations between the man, the environment, and the pathological complexity of the Malaria in the Republic of Angola

Word–Key: Medical geography, Imperialism, Health, Malaria, Urban Environment, Management and Planning in Public Health.

SUMÁRIO

Introdução	19
1. Objetivos e Hipóteses	24
1.1. O interesse da pesquisa.....	27
1.2. Elementos metodológicos da pesquisa	32
1.2.1. Resultados do inquérito.....	34
1.3. Da antropogeografia de Ratzel a antítese francesa: caminhos Ideológicos da Geografia Médica de Max Sorre na contribuição dos “Serviços Médicos Imperiais” de Angola	39
1.3.1. A Geografia da síntese de La Blache, o reforço da Antropologia Física–Evolucionista e a construção teórica da região.....	51
1.3.2. A teoria do Complexo Patogênico de Max Sorre aplicado no plano regional das possessões coloniais	60
2. O Nascimento do Reino de Benguela e os Entraves Geopatológicos do Paludismo	71
2.1. O lócus geográfico da fundação da capital do Reino de Benguela: vulnerabilidade ou receptividade palúrica na complexidade patogênica	78
2.2. A Geografia Médica das possessões ultramarinas portuguesas e as ações da Polícia Sanitária no reino de Benguela e Angola.....	91
2.3. A Comuna da Catumbela no contexto da Geografia Médica: o nascimento do Lobito na busca do sanitarismo para cidade de Benguela	127
3. O Caminho de Ferro de Benguela e o Desenvolvimento do Porto na Catumbela das Ostras: o novo eldorado Sanitário-ambiental no Lobito?	133
3.1. O início e a fundação da cidade de Huambo: um paraíso distante da insalubridade do litoral ou uma “Nova Lisboa”?	146
3.2. O balanço sanitário de Angola (entre 1926 a 1928) e as tentativas de inclusão dos indígenas na nova Geografia Médica do “Império” português	157

3.3. O “Estado Novo” de Salazar: nacionalismo e ufanismo nas políticas de assistência médica aos indígenas, nas décadas de 1930 e 1940.....	173
4. A Epidemiologia Social de Angola e a Luta pela Regressão Frente aos Novos Desafios do Século XXI.....	204
4.1. O Projeto de Reabilitação Urbana e Ambiental de Lobito, Benguela e Comuna da Catumbela	220
4.2. O poder local	223
4.3. Malária, meio ambiente e clima: progressões geopatológicas sócio-ambientais no Lobito, Benguela e Comuna da Catumbela.....	226
5. Considerações Finais	240
6. Bibliografia.....	262
Anexos	274

LISTA DE ANEXOS:

ANEXO A - Questionário aplicado á população de Lobito, Benguela e principais custos.....	274
ANEXO B - MAPA 02 - Mapa dos avanços em Angola.....	275
ANEXO C - MAPA 06 - Mapa das Ferrovias de Angola	276

LISTA DE FIGURAS:

FIGURA 01 - O Pântano	iv
FIGURA 02 - Questionamento	40
FIGURA 03 – Imagem de 1491	78
FIGURA 04 – Restinga do Lobito, Casa dos Operários da C.F.B.	137
FIGURA 05 – Família de Imigrantes Portugueses	141
FIGURA 06 - Estação da Catumbela 1922	144
FIGURA 07 - Febre Palúrica	146
FIGURA 08 - Locomotiva	152
FIGURA 09 – Fundação de Huambo	152
FIGURA 10 - Comitiva.....	153
FIGURA 11 – Colheita de Milho	157
FIGURA 12 – Fazenda de Imigrante	159
FIGURA 13 – Enfermeiro indígena.....	163
FIGURA 14 – Grupo de Enfermeiros.....	164
FIGURA 15 – Campanha de Vacinação.....	165
FIGURA 16 – Postos de Saúde de Dalatando	165
FIGURA 17 – Hospital Indígena de Dalatando.....	173
FIGURA 18 – Hospital Central	189
FIGURA 19 – Transmissão da Malária.....	209
FIGURA 20 – Representação esquemática do Processo ecológico da Doença ou Agravo e Saúde no Indivíduo e na População	219

LISTA DE TABELAS:

TABELA 01 – Distribuição dos Agregados segundo o chefe de família	34
---	----

TABELA 02 – Local de procedência do agregado.....	35
TABELA 03 – Acesso à água e lugar de abastecimento.....	36
TABELA 04 – Condições sanitárias da habitação	36
TABELA 05 – Deposição do lixo doméstico	37
TABELA 06 – Revegetação – segundo o tipo de árvore no quintal.....	37
TABELA 07 – Distribuição dos agregados segundo a fonte de recepção das informações sobre Educação Sanitária	38
TABELA 08 – Principais províncias do Reino de Benguela em 1766.....	82
TABELA 09 – Manifestações mórbidas associadas com o paludismo	122
TABELA 10 – Crescimento populacional da Província de Benguela.....	
1897-1933	131
TABELA 11 – Importação de vacinas anti-varíola e imunização populacional – brancos e indígenas	162
TABELA 12 – Serviços de assistência médica indígena durante 1927 e 1928. Movimento comparado de consultas e tratamentos por distritos.....	169
TABELA 13 – Programa de medicina preventiva das colônias e África inter-tropical.....	181
TABELA 14 – Tratamentos e atenção primária aos indígenas, em 1927 e 1928	195
TABELA 15 – Clima e a ocorrência de doenças	230

LISTA DE QUADROS:

QUADRO 01 - Província de Benguela dados sanitários: casos e óbitos por doenças selecionadas, 1989–1990	29
QUADRO 02: Principais doenças e causas de óbitos. Municípios de Benguela e Lobito, anos 1990–1996	30
QUADRO 03 – Movimento Sanitário dos Colonos e Famílias	143
QUADRO 04 – Caminhos de Ferro de Benguela – Custos	144
QUADRO 05: Perdas decorrentes da guerra civil em Angola, 1975-1993 .	212
QUADRO 06: Situação sócio-econômica	213
QUADRO 07 – Perdas Financeiras (US\$)	217

LISTA DE GRÁFICOS:

GRÁFICO 1 – Mutações do Paludismo nas principais Colônias do Imperialismo Português, em 1875.....	103
GRÁFICO 2 – Principais tipos de Febres nas Colônias de Portugal na África, em 1875	104
GRÁFICO 3 - 30 Espécies de Febres Palustre, ano de 1876	105
GRÁFICO 4 -16 Espécies de Febres – ano 1877	107
GRÁFICO 5 - 21 Espécies de Febres – ano 1878	108
GRÁFICO 6 -15 Espécies de Febres – ano 1879	109
GRÁFICO 7 -14 Espécies de Febres – ano 1880	111
GRÁFICO 8 - 18 Espécies de Febres – Quedas nas intermitentes, 1881..	112
GRÁFICO 9 – Evolução da morbidade mensal da cidade de Luanda, ano 1876	114
GRÁFICO 10 – Cidade de Luanda. Morbidez durante os meses do ano...	115
GRÁFICO 11 - II Regime necrológico e linha evolutiva anual da mortalidade na cidade de Luanda	116
GRÁFICO 12 - Regime das Febres Palustres, na cidade de Luanda e linha evolutiva, mensal, do paludismo e das suas manifestações intermitentes.	117
GRÁFICO 13 - Regime do Paludismo agudo e crônico e linha de evolução mensal, das doenças e do paludismo em geral	118
GRÁFICO 14 - Regime climático mensal da cidade de Luanda. Ano 1882	119
GRÁFICO 15 – Benguela. Morbidez durante os meses do ano.....	123
GRÁFICO 16 - Ano de 1927 e primeiro semestre de 1928: Movimento Comparado de Consultas e Tratamentos.....	167

LISTA DE MAPAS:

MAPA 01 – Reino de Benguela.....	79
----------------------------------	----

Mapa 02 - Mapa dos avanços em Angola	anexo A
MAPA 03 - Localização dos núcleos de colonos na zona de influência da extensão ferroviária da C ^o de F ^o de Benguela	140
MAPA 04 – Distribuição das fazendas aos G.E.C.	142
MAPA 05 - Extensão dos Caminhos de Ferro de Benguela, de Lobito ao Katanga	145
MAPA 06 - Mapa das Ferrovias de Angola	anexo B
MAPA 07 – Transmissão da malária e outras patologias do Continente Africano	237

LISTA DE PLANTAS:

PLANTA 01 - Planejamento da cidade com Porto, o Caminho de Ferro e a Restinga como área residencial	136
PLANTA 02 - Cidade de Huambo ou Nova Lisboa.....	149

LISTA DE FOTOS:

FOTO 01 – Praia Morena – Benguela.....	i
FOTO 02 – Fêmea de Anófeles	69
FOTO 03 – Bairro dos Navegantes, Benguela	80
FOTO 04 - Quinino.....	94
FOTO 05 – Bairro de Kioshi	203
FOTO 06 - Alunos do Curso de Geografia da Universidade Agostinho Neto, Benguela.....	222
FOTO 07 – Construção de lajes.....	222
FOTO 08 - Sobas	224
FOTO 09 – Inauguração de um Fontanário	239

SIGLAS e ABREVIATURAS:

ASDI – Agência Sueca para o Desenvolvimento	247
C.F.B. – Companhia dos Caminhos de Ferro de Benguela	137
DPSC – Departamento Provincial dos Serviços Comunitários.....	221
EPAB – Empresa de Águas de Benguela	221
GPP - Gabinete Provincial do Plano	221
IPCC – Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas	234
OMM – Organização Meteorológica Mundial	234
PIB - Produto Interno Bruto	213
PNUD-Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.....	213
PRUALB – Projeto de Reabilitação Urbano e Ambiental de Lobito e Benguela	38
UNAVEM – The United Nations Angola Verification Mission	273
UNV/UNDP – United Nations Volunteers of Programme Development the United Nations	

PREFÁCIO

A presente tese é resultado de uma longa caminhada, da minha infância ao desembarque em Luanda, na capital de Angola.

Descobri um novo mundo e nasceu assim uma paixão pela história da mãe África.

Dos meus antepassados trago a afrodescendência, razão plena para deixar um legado aos meus descendentes.

FOTO 1: Praia Morena, Benguela.



Fonte: (MANOEL, V., 1995).

“Situada numa planície de Angola encantadora;
Com fértil e interessante superfície;
Benguela é uma terra acolhedora.
Ali, nascemos e crescemos...
O que mais caracteriza Benguela
Eram os jardins que a embelezavam;
O colorido da Acácia-Rubra;
O sal-açucarado da praia Morena
A vista do cabo sombreiro...
O vasto e verde Vale do Cavaco!
Berço da história angolana e de bons costumes
Quem ali nasceu ou viveu;
De Benguela tem sempre uma costela.”

(BALÃO, C., 1997-26).

A MALÁRIA:

... “Originada das palavras *mala*, “*mau*”, e *ária*, “*ar*”, *Malária* foi o nome que os italianos deram a essa doença quando se convenceram de que surgia do ar fétido dos pântanos da campanha. Três homens tinham sido enviados para viver nesse úmido, ... para provar que a Malária não vinha do ar pantanoso... nem da água que todos bebiam, mas das picadas de mosquitos. E não era qualquer mosquito, mas, apenas um tipo, a fêmea do *anopheles*, uma mosquito que se alimentava de sangue somente à noite...

A Malária vem atormentando homens e mulheres desde que caminham sobre a Terra. Quando se estabeleceram em suas primeiras civilizações, nos vales dos rios da Mesopotâmia e nas terras que futuramente seriam a Índia e a China, a Malária estava lá, com suas febres terríveis. Durante séculos as pessoas consideravam os pântanos como lugares insalubres, mas, poucos no curso da história acharam que os mosquitos zumbindo pelo ar poderiam ser a origem da doença.

Mesmo depois de 1897, quando o inglês que trabalhava na Índia Ronald Ross, encontrou o parasita que causava a Malária no estômago do mosquito anófeles, as pessoas não se convenceram. Assim, em 1900, Patrick Manson, mentor de Ross, e que há 14 anos acreditava serem os mosquitos portadores da Malária, enviou esses três homens para viverem num pântano malárico e provarem essa idéia ao público cético, arriscando as próprias vidas.

FIGURA 01: O PÂNTANO



“Um espírito que surge dos pântanos faz as pessoas da úmida Berry, na França, adoecerem conforme pintura de Maurice Sand em meados do século XIX.”

O germe que provocava todo esse sofrimento fizera um trato com o mosquito. Ele é um parasita, uma criatura que vive a custa de outro. O parasita da Malária, conhecido como plasmódio, não consegue completar seu ciclo de vida sem viver parte do tempo nesse mosquito e a outra parte no ser humano. A fêmea do anófele – nome que significa nocivo – não pode produzir um ovo fértil sem um gole de sangue. Essa combinação entre parasita e mosquito é um casamento perfeito. O breve período de vida de um mês para o anófele é o suficiente para que os parasitas amadureçam no estômago do mosquito e se preparem para infectar uma pessoa. O anófele pica o ser humano infectado pela Malária e suga os parasitas que estão no sangue; os parasitas amadurecem e o anófele ingeta-os de volta em outra pessoa. Como o parasita depende do anófele, a história da Malária é a história de como, juntos, essa pequenina dupla tem interrompido a jornada de tantos seres humanos.”. (FARRELL, J., 2003, 161-163)

Introdução

“A ideologia fatalista, imobilizante, que anima o discurso neoliberal anda solta no mundo. Com ares de pós-modernidade, insiste em convencer-nos de que nada podemos contra a realidade social que, de histórica e cultural, passa a ser ou a virar” “quase natural”. (FREIRE, P., 19, 2005).

A presente tese tem como escopo fazer um estudo da Geografia Médica, e a Geografia da Saúde, quando submeto à análise três cidades angolanas no século XX, trazendo como ponto central à temática o complexo patogênico da Malária, em Benguela, Lobito e Comuna da Catumbela em Angola de 1615 a 1940.

A teoria acima citada foi desenvolvida pelo Geógrafo Francês Max Sorre e utilizada com certa frequência na Geografia Regional de imposições imperialistas no campo da saúde urbana na África. A aplicabilidade antropológica desta ação, já se manifestava de forma rotineira e com evidências, desde o início da ocupação territorial deste país africano pelos portugueses, e os mesmos passaram a ignorar a Medicina Relacional (curandeiros, feiticeiros e ervateiros) e adotaram uma Medicina Ontológica (ocidental) em detrimento da gama de conhecimentos dos pretos (vocabulário do português), no reino de Benguela e Angola, entre 1615 (fundação do reino de Benguela) a 1940, onde a teoria marca sua afirmação no governo colonial de Antônio Salazar.

A teoria do complexo patogênico que apareceu no final do século XIX e início do Século XX, já era anteriormente usada de forma tempestiva ou mesmo na aplicação empírica da Geografia Médica, desde o século XVII, quando inicia a extinção da cultura médica local, por uma hegemonia do poder ultramarino português.

No primeiro capítulo, procurei desenvolver os objetivos da pesquisa, e os seus elementos metodológicos, considerando dois tipos de relevância: a teórica e a prática social em Angola, dando evidência para Antropogeografia de Ratzel apropriada por Max Sorre, através da qual construiria a “Teoria do Complexo Patogênico”. Retomei o olhar do colonizador europeu sobre a Malária, sob o seu ponto de vista de expositor, ou seja, apresentando as epidemias como apenas um problema regional-cultural, desta forma, neste contexto, prevaleceu um proposital esquecimento do fato e que tanto a Europa quanto a Ásia, durante muito tempo,

foram acometidas por epidemias de Malária constituindo-se, assim, uma Geografia Médica Imperialista, oportunamente única para as tentativas da solução do problema (na visão do colonizador “uma barbárie sanitária”).

Com este raciocínio acumulado nas teses da medicina ocidental, os colonizadores foram substituindo, aos poucos, os conhecimentos históricos seculares da oralidade Medicinal local, e ancorado na ideologia do Estado, colocaram em quase extinção as curas locais. Se bem que, tanto a medicina ocidental como a medicina da oralidade, possui importantes contribuições para a longevidade humana, tanto é que a resistência cultural da medicina nativa permaneceu nos diferentes dialetos falados em Angola, já que publicamente foram proibidas as conversações para transferências dos conhecimentos. Se analisarmos toda a Geografia Regional francesa na África no início do século XX, as propostas ideológicas eram exatamente essas usadas na colonização portuguesa em Angola, através de uma leitura atenta na “História do Pensamento Geográfico da Escola Francesa”, fica evidenciada tal postura colonial da cura ocidental.

No capítulo dois, contemplei um estudo histórico da Malária nos primórdios da formação dos reinos de Angola e Benguela, bem como, as principais ações da Geografia Médica imposta aos indígenas concebida na Medicina da estatística cartesiana, que durante muito tempo foi utilizada como instrumento da extinção do mal e não obteve qualquer resultado concreto na erradicação ou controle da Malária.

No capítulo três, discorro sobre a importância das ferrovias, usadas estrategicamente pelo capitalismo britânico em “terras” ultramarinas lusitanas, até mesmo para uma futura ocupação ou dominação capitalista (no caso da Companhia de Moçambique, em Moçambique) em áreas de incidências da Malária ao longo da ferrovia em construção.

No princípio tudo indicava uma facilidade para chegar ao planalto angolano, isto para os construtores ingleses. Contudo aos poucos, a situação modificou-se, os entraves como a malária e outras doenças intensificaram na medida em que os construtores desmatavam as florestas para o avanço dos colonos, e à expansão da ferrovia. Conseqüentemente, o domínio territorial lusitano, cujo império se encontrava em dificuldades financeiras, e sem forças para promover políticas de saúde públicas, quase inviabilizou as pretensões de uma forte exploração de Angola.

Desta forma, os próprios imigrantes que se aventuravam em terras angolanas tiveram grandes frustrações em suas perspectivas de enriquecerem nestas empreitadas devido ao paludismo nas zonas epidêmicas de Benguela. Muitos não voltaram para sua terra natal. Acabaram falecendo por epidemias de malária ou outras doenças da região.

A partir deste episódio, surgem as tentativas de encontrar terras no planalto central angolano que não fossem infestadas pelo vetor da Malária e/ou Paludismo, inclusive, apelando para as políticas de inclusão de uma Geografia Médica, ideologicamente pensada pelo Estado a fim de não despertar cobiças dos outros países, e assim, mostrar que o Estado Salazarista estava unido e forte, num novo Portugal, onde tudo permanecia sobre o “pleno controle” do Estado, principalmente reforçado pelo nacionalismo ufano de Antônio Salazar que tinha na Geografia Médica atitudes de dominação e descaracterização antropológica das identidades médicas dos povos.

No capítulo quatro, discuto a epidemiologia social de Angola durante a guerra civil e no pós-guerra, conjuntamente com o Projeto de Reabilitação Urbana e Ambiental das Cidades de Lobito, Benguela e Comuna da Catumbela; cidades estas, conurbadas, na Província de Benguela. Cidades que nunca tiveram um ligeiro domínio das epidemias, pois não houve continuidade das ações sanitário-ambientais propostas no Projeto, até mesmo porque faltou vontade política e quando não se tem vontade política não há orçamento que resista mesmo que direcionado às ações favoráveis ao bem – estar social das comunidades.

Aliás, foi através desse Projeto de intervenção sanitário-ambiental, que nasceu o meu interesse pela pesquisa, talvez, numa tentativa de buscar as falhas de sustentabilidade do mesmo.

Durante o estudo de viabilidade do Projeto, mesmo conhecendo os problemas de vulnerabilidade e reciprocidade da Malária, as “epidemias de Malária” não foram contempladas, ficando as mesmas fora da intervenção. Não adiantaria intervir diretamente na Malária sem atacar sua principal causa: o saneamento-ambiental. Sendo assim, haveria necessidade de um Projeto específico, somente para discutir as epidemias de Malária, na província de Benguela. Porém, no campo de atuação sanitário-ambiental, com a construção de latrinas, a revegetação, o tratamento de água, a coleta de resíduos sólidos, a construção da Vala do Coringe e a melhoria das águas pluviais - a resposta foi satisfatória no final do Projeto.

Num país que se acostumou a viver constantemente sob uma epidemia social (fome, guerra, mortalidade infantil, endemias, epidemias), coube ao “Poder Local”¹, assunto efetivamente raro, uma ajuda substancial para execução do Projeto.

Assim, discuto o Projeto no seu lado positivo e negativo para a melhoria da saúde ambiental das cidades, entre 1995/1997, temática da minha dissertação de mestrado em Economia Política, no Programa de Economia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

No último capítulo da presente tese, relato através da teoria maxsoreana, a real dificuldade da Saúde Pública angolana, em controlar suas epidemias; não somente a Malária, como também, a Cólera, a Tuberculose e tantas outras, ignorando uma Geografia da Saúde capaz de proporcionar aos cidadãos possibilidades fundamentais para a prática perfeita de saúde física e mental, e concomitantemente, atingir metas de diminuição da morbidade e mortalidade pelas epidemias vigentes.

Identifico em Angola uma Geografia Médica maxsoreana, ainda intocável, ou seja, da Saúde Pública regionalmente de acordo com epidemias vigentes, ao invés de implantar uma Geografia da Saúde.

Sugiro que a Medicina Ontológica Pública trabalhe em harmonia com a Medicina Relacional, renascendo assim, através da população, o prazer de transmitir democraticamente seus conhecimentos da terra; sem que esta seja coagida pelo capitalismo da indústria farmacêutica, que oferece muitos medicamentos e poucas soluções efetivas que afetem democraticamente a sua comunidade, na qual hoje em dia, o cidadão angolano entra em óbito por não possuir aproximadamente US\$ 3,00 (três dólares), para adquirir o medicamento.

Proponho algo parecido com o programa de HIV-SIDA do Brasil nas reais capacidades de intervenção, ou seja, atuando em Programas de Prevenção da

¹ A questão do Poder Local é um dilema histórico nas comunidades tradicionais africanas que tem á justiça ancoradas nos valores tradicionais do Direito Consuetudinário (baseados na tradição e na cultura dos seus povos). “No caso de Angola, a figura dos Sobas” (líder tradicional), é sujeito importante nas comunidades de outrora, o seu poder deixou de ter relativa importância perante o Estado Constitucional. “Em Angola, o Estado tomou todos os poderes, além do político. A grande burocracia não permite uma gestão das comunidades nas suas prioridades básicas. O Projeto de Reabilitação Urbana e Ambiental de Lobito, Benguela e Comuna da Catumbela, redescobriram o poder local”. (Manoel, 1999, p. 139).

doença, mesmo que tais políticas de Saúde Pública confrontem as multinacionais farmacêuticas. Como por exemplo, o tratamento gratuito promovido pelo Governo Brasileiro (para todas as camadas sociais).

A implementação e o conhecimento real da Geografia da Saúde angolana, integralizando todo o sistema da Saúde Pública na atenção da saúde primária em todo o seu território, além de um sistema de vigilância epidemiológico eficiente nas informações de Cabinda ao Cunene, poderiam levar os técnicos da área de saúde encontrar saídas epidemiológicas eficientes no controle da Malária.

A inovação da Saúde Pública requer estudos de uma “Nova Geografia da Saúde” com conhecimento preciso de vigilância epidemiológico, através de Programas Sanitário-Ambientais, pois não basta socorrer a população localmente e repetir a centenária Geografia Médica maxsoreana. E para que isso ocorra, também, é fundamental que haja parcerias com empresas públicas, privadas e organizações não governamentais. Pois, unindo esforços que o sucesso é atingido com mais eficácia. Angola como todos os países do planeta devem manter-se atentos ao retorno das grandes endemias mundiais, como o aumento da proliferação dos vetores anófeles, já que a malária está diretamente associada aos problemas sócios - ambientais do mundo pós-moderno.

1. Objetivos e Hipóteses

Esta pesquisa busca a compreensão geopatológica da Malária na Teoria do Complexo Patogênico de Max Sorre² nas cidades de Lobito, Benguela e Comuna da Catumbela. A sua principal hipótese³ é apontar a aplicação desta Teoria, entre 1615

² Grifo meu: na obra “Les fondements de la géographie humaine”, em cujo primeiro tomo Max Sorre lançou as bases teóricas de uma Geografia Médica, ficou abordado os elementos das relações entre a doença, o homem e o meio físico. O complexo patogênico ampliou a explicação das patologias, onde o agente causal da doença, seus vetores e o meio natural são os seres capazes de mudar o estado clínico do homem, subordinado a atividade humana na medida em que o mesmo transforma o espaço ecológico através do seu “gênero de vida”.

Max Sorre, fala em três complexos; o malárico, da peste, e da doença do sono (doenças comuns no continente africano). O complexo tem sua vida própria, sua origem, seu desenvolvimento na relação do homem e o meio natural, onde repousa os vetores com hospedeiros.

³ Grifo meu: Partimos da hipótese de que a adesão à Teoria do Complexo Patogênico da Malária (formulada pela Geografia Médica francesa de Max Sorre), adotada no reino de Benguela e, posteriormente, na Angola (atual, República de Angola e Província de Benguela) entre 1615 e 1940, continua influenciando o pensamento e as políticas de saúde naquelas regiões até os dias de hoje. Consideramos que tal adesão contribuiu negativamente para o controle da malária nas regiões em estudo.

Decorrente desta primeira hipótese desdobrada postula uma segunda hipótese: a substituição daquele modelo teórico exarado na Geografia Médica, por modelos saídos da perspectiva da Geografia da Saúde (que postula um modelo holístico) poderia levar a uma superação do quadro epidêmico da malária (ou paludismo).

A partir destas hipóteses postulamos alguns objetivos para esta tese:

Objetivo principal: este estudo busca elementos para questionar as políticas de saúde impostas no passado e continuados hoje na República de Angola, especialmente na Província de Benguela;

Objetivo específico: buscar dados que permitam caracterizar o eventual continuísmo daquela Teoria, confirmando ou não a nossa hipótese;

Determinar: os aspectos negativos do modelo de controle da malária;

Contribuir: para a crítica do modelo curativo e medicamentos o que traz pesados encargos àquele país africano, sem, entretanto, sinalizar para uma diminuição do quadro epidêmico;

A segunda hipótese: só pode ser comprovada indiretamente e de fato deve ser entendida como uma proposta no caminho da busca de soluções. De fato, não temos a veleidade de apontar soluções imediatas para o controle da malária em Angola, nossa proposta é de contribuir na busca de

e 1940, no Reino de Benguela⁴ e Angola, através de estudos da Geografia Médica Imperialista desenvolvida pela Geografia Francesa aplicada na população autóctone do reino de Angola e Benguela.

Diretamente o estudo coloca-se em busca de questionamentos das políticas de saúde impostas neste período e seu continuísmo até a presente data ao povo de Angola, principalmente, à Província de Benguela. A pesquisa procura ainda determinar os aspectos negativos da Malária, como entraves na postura, na redução e no controle da epidemia da Malária nesta Província de Angola.

Tais dados, com certeza contribuirão para a retomada e questionamento do aumento incondicional de muitas drogas e medicamentos, que não tem representado uma sinalização da redução da epidemia. Repensando o volume de investimento local e regional no combate da Malária surgiram alguns questionamentos:

- Seria o continuísmo da Geografia Médica Positivista?⁵

soluções alternativas. Acreditamos que o resgate da Medicina Tradicional, uma Medicina Relacional, afastada pelo sistema colonial, possa contribuir para a redução do custo social da doença graças à abertura para soluções locais. A força dessa reconciliação, segundo nos parece, poderá ir além da questão da solução do mal.

⁴ Grifo meu: para o leitor, o ano de 1615, denota um corte histórico distante, no qual o pesquisador poderia até desenvolver uma outra tese do referido período, no entanto, a data, refere-se ao nascimento do reino de Benguela, através de um forte denominado de São Felipe de Benguela, em 26 de março de 1615. Este nome foi uma homenagem de Manuel Cerveira seu fundador, ao rei da Espanha, Dom Felipe. A adaptação climatológica para aqueles portugueses, não foi fácil, pois além do forte calor, o padrão de salubridade era alto demais para aqueles homens. Os mesmos estariam condenados às mais diferentes epidemias. Benguela: era um “açougue humano”. A malária não perdoaria ninguém. Ali, nascia à luta contra o paludismo, que seria enfrentado muito antes da Teoria maxsoreana do Complexo Patogênico. A Teoria em questão só se constitui como tal no final do século XIX e início do XX (como dissemos atrás), mas o desmonte da Medicina Tradicional/Relacional em função da Ocidental foi contemporâneo a todo processo colonial, e a Teoria do Complexo Patogênica a enterrou de vez. Por isso, falamos de 1615 a 1940.

⁵ Grifo meu: os termos Geografia Médica e Geografia da Saúde caracterizam definições associadas à epistemologia desta ciência ao longo da sua sistematização. O uso tanto de uma como da outra, acabou sendo regulamentada no Encontro da Associação Internacional de Geógrafos em 1978 em Moscou. Naquela ocasião ficou definido o uso do termo de Geografia da Saúde em

A questão estaria voltada por um planejamento baseado em ações de Saúde Pública, tanto na Atenção Primária quanto na implantação e manutenção de uma Geografia da Saúde (cura holística) de ações ou programas contra Malária ou Paludismo na República de Angola, sem a presença de socorros epidemiológicos locais mantendo uma Geografia Médica, sem redução da morbidade?

Acredito que os temas acima mencionados poderão ser perfeitamente discutidos em Angola, a partir desde objeto de estudo, trazendo assim dados substanciais ao Ministério da Saúde, Delegacias de Saúde e Postos de Saúde, que são responsáveis diretos pela ação e combate da Assistência Primária ao cidadão nos municípios de todo o país.

Substituição á Geografia Médica. Atualmente, a Geografia da Saúde tem aproximado todos aqueles pesquisadores que lidam de forma holística para a construção de teorias interdisciplinares. As Geografias Médicas, resultantes da estreita relação entre os fatores biológicos e análises sociais cartografados, tem sofrido com a crise de paradigmas amplamente aceito na sua ciência geradora (Ciências Sociais), nem mesmo, a histórica aproximação entre Geografia e Epidemiologia, ambas no século XIX, onde tivemos como resultado á Geografia Médica Imperial com o rigor da Climatologia Médica foi suficiente para manter os métodos de análise da aproximação entre Geografia e Epidemiologia. Assim, o conceito de Geografia Médica permaneceu no intercâmbio de métodos de análise (cartografia, bioestatística), sem haver, no entanto, espaços para a multidisciplinariedade. O caráter descritivo ocupou-se em apenas estudar padrões de distribuição regional das doenças. Os destaques teóricos e metodológicos tanto da Geografia e da Epidemiologia na construção da Geografia Médica ficaram evidenciados no parasitologista soviético Pavlovsky, que formulou a teoria dos focos naturais e doenças humanas. O outro, foi Max Sorre, Geógrafo Francês e criador da teoria do complexo patogênico discutido na tese para o embasamento teórico do trabalho. Tanto Pavlovsky quanto Max Sorre trabalharam com a ecologia dando ênfase nas relações entre ambiente e seres vivos, e seus modelos foram superados em razão das novas realidades (Malária, AIDS, Tuberculose, Cólera) geradas e quase incontroláveis nas epidemias urbanas da sociedade globalizada. A nova relação das coletividades urbanas manifestadas no espaço urbano torna-se impossível prender-se aos princípios de equilíbrio meio interno/externo/homem/meio, parasitas/ hospedeiro. Talvez esses modelos sejam adequados para o estudo de algumas endemias, mas não em casos de transmissões de epidemias, que sempre apresentam - se como um fato novo, surpreendendo todo o sistema de vigilância sanitário. No caso de Angola, a Geografia Médica Imperialista Maxsoreana não resiste aos novos tempos urbanos, sendo, portanto, necessário mudar para uma Geografia da Saúde sustentada no modelo de gestão da saúde planejada em todos os sentidos para não ser surpreendida frente às novas endemias e epidemias no mundo.

A perspectiva do presente trabalho não é indicar a solução imediata do problema da Malária em Angola; mas, contribuir na busca de alternativas na redução do custo da doença no âmbito laborial, representando, enfim, até uma reconciliação com o sistema de controle baseada na Medicina Relacional/Tradicional, desaparecida com o avanço da colonização e ocupação da metrópole, sobre o reino de Benguela e Angola.

1.1. O interesse pela pesquisa

Segundo a O.M.S. (Organização Mundial de Saúde), cerca de 260 milhões de pessoas estão infectadas pela Malária no continente africano. Dentro destes números temos entre 30 e 60 milhões contaminados com a febre da dengue. A maioria desta população não tem acesso à água potável e nem ao saneamento básico, um fator preponderante para o combate e o controle da Malária ou Paludismo.

Para o continente estes números representam, no conjunto US\$ 3,2 milhões de dólares por ano, na produtividade econômica do continente. Em Angola, cada cidadão fica, aproximadamente, 25 dias por ano sem trabalhar, apenas para manter o tratamento do Paludismo.

De acordo com dados da UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), apesar das campanhas incessantes no combate da Malária, tais como:

- instalações de unidades de tratamento e distribuição de mosquiteiros;
- inseticidas;
- treinamento de técnicos para ações de conscientização, etc.

As Instituições (Governo, Ongs, Sociedade Civil, Igrejas e outras) não estão obtendo resultados favoráveis; pois, na medida em que a epidemia aumenta o seu descontrole também é grande e o desafio de vencer, ou melhor, controlar a doença é infinito, consumindo milhões de dólares, sem a eficácia desejada. No saldo final, são as crianças, as mulheres grávidas, os idosos, os trabalhadores pobres e os desnutridos, as maiores vítimas da Malária, na República de Angola.

Os números são conflitantes, sendo que a maioria dos casos não é notificada por falhas, porque tanto no sistema de vigilância sanitária quanto a sociedade, consideram o Paludismo uma doença simples, capaz de ser resolvida pela auto-

medicação. Essa geralmente é feita na própria casa, sem diagnóstico preciso. Além disto, segundo o Ministério da Saúde de Angola (1995), o Sistema Público de Saúde não atinge a todos: em Angola existe apenas 01 (um) médico para cada 15 mil habitantes.

Desta forma, o tratamento é diagnosticado por enfermeiros e na ausência dos mesmos, são os curiosos que montam seus laboratórios, muitas vezes clandestinos, para atender a comunidade. Há aqueles que podem pagar, porém, a maioria da população, sequer pensa entrar em tais locais. Muitas vezes padecem no lar sem qualquer ajuda das autoridades sanitárias.

A vocação para uma Medicina estritamente ocidental, ainda resiste ao tempo; provém de longas ações da Geografia Médica Imperial que resiste aos séculos desde os tempos coloniais, onde a Malária na Província de Benguela passou a ser considerada uma simples patologia. Quanto ao seu tratamento ou controle não há exceção no país. Qualquer ação é fragmentada localmente, sem conexão com a vigilância central, ou seja, o território está dividido para epidemias locais. Veja o quadro 01 abaixo:

QUADRO 01: Província de Benguela dados sanitários: casos e óbitos por doenças selecionadas, 1989–1990:

Doenças	1989 (A)		1990 (B)	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Malária	155.111	1.833	104.689	924
Diarréia	93.267	3.867	61.440	2.224
D.R.A.	41.312	782	28.397	567
Sarampo	3.693	762	5.689	1.282
Síndrome icterica	7.093	18	7.135	41
Tosse convulsa	6.685	84	3.405	21
Tétano neonatal	604	263	291	141
Tuberculose	1.169	194	386	92
Hepatite Infecciosa	5.905	142	3.410	112
Cólera	3.643	299	3.351	429
Tripanossomíase	-	-	-	-
Meningite	116	-	408	-
Varicela	167	-	167	-
HIV-SIDA	1	-	3	-

Fonte: Delegacia de Saúde de Benguela.

Legenda:

D.R.A. = Doenças respiratórias agudas.

(-) - Ausência de informações: casos e óbitos.

(A) - Ministério da Saúde; Relatório Estatístico de 1989 a Fevereiro de 1991.

(B) - Ministério da Saúde; Relatório do Plano de Recuperação Econômica de 1990 a Agosto de 1991.

***As informações sobre HIV-SIDA devem ser interpretadas com precauções, pois, até 1996, não havia testes para identificação da doença.**

De acordo com o quadro 01, as doenças com forte incidência de óbitos entre 1989–1990 eram:

1º - Diarréia - 6.091 óbitos.

2º - Malária - 2.757 óbitos.

3º - Sarampo - 2.044 óbitos.

4º - D.R.A. - 1.349 óbitos.

Em toda província, o número de casos de Malária com óbito, sempre foi altíssimo em função de a insalubridade permitir a reprodução do mosquito transmissor nas águas paradas e lagoas próximas das comunidades.

Os 2.757 (dois mil setecentos e cinqüenta sete) óbitos ocorridos em apenas 01 (um) ano representam 20% (vinte por cento) de mortalidade de toda a população da Província de Benguela, sendo que as maiores vítimas são àquelas que vivem numa situação de miserabilidade absoluta.

Segundo a Delegacia de Saúde de Benguela, além dos casos notificados, as comunidades carentes que não utilizam hospitais oficiais, ficam sem notificar seus casos e, geralmente, o sepultamento das vítimas da Malária ou Paludismo, ocorrem sem o conhecimento prévio das autoridades de saúde.

Em síntese, as condições sócio-econômicas da Província de Benguela levaram a população a uma situação sanitária sem precedentes em toda sua história. Não somente a Província vive uma situação de precariedade, como também os municípios de Benguela e de Lobito igualmente sofrem de ataques epidêmicos acentuados.

Veja o quadro 02 a seguir.

QUADRO 02: Principais doenças e causas de óbitos. Municípios de Benguela e Lobito, anos 1990–1996:

Anos	Benguela						Lobito					
	Malária		Diarréia		Cólera		Malária		Diarréia		Cólera	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
1990	118.058	1.175	48.532	1.142	2.183	156	46.888	1.126	17.749	1.872	781	111
1991	99.817	895	43.935	971	930	56	44.937	1.008	16.161	1.170	459	33
1992	97.630	874	36.649	448	585	40	42.296	903	15.490	838	143	17
1993	78.355	858	36.578	410	655	38	38.437	865	15.135	695	23	10
1994	62.011	534	29.619	185	505	40	37.935	717	10.272	674	194	21
1995	61.040	373	29.467	126	-	-	34.309	677	15.192	438	-	-
1996	58.290	298	27.534	59	-	-	22.830	323	9.427	169	-	-
Total	571.181	5.007	252.354	3.341	4.858	330	267.692	5.913	99.427	5.856	1.600	192

Fonte: Delegacia Provincial de Saúde – Benguela.

Organização: Valêncio Manoel, UNV/UNDP.

República de Angola, 1996.

De acordo com o quadro 02, a Malária entre os anos de 1990 a 1994, foi a principal doença da Província. Porém, com a implementação do sistema de abastecimento de água, esgoto e a construção do canal pluvial, a incidência diminuiu fortemente. Uma das causas da diminuição foi a instalação do saneamento básico aliado a uma campanha de educação sanitária e ambiental durante cerca de três anos.

A presença de itens favoráveis sinalizou a importância do Projeto para as comunidades mais carentes de Benguela e Lobito. Os hospitais e pronto-socorros perceberam a diminuição significativa de doentes. Neste período, principalmente na época das chuvas, tivemos alguns picos epidêmicos, contudo, as internações da população ocorreram de forma gradual, apesar dos leitos serem insuficientes para a comunidade.

Em épocas anteriores ao Projeto, as pessoas que conseguiam ser atendidas ficavam muitas semanas acolhidas em esteiras de palha no corredor hospitalar, correndo risco de infecção constante, sendo que, na maioria dos hospitais faltava energia elétrica ou combustível para o funcionamento dos geradores e equipamentos médicos. O caos era geral na Província.

Na década de 1990 a epidemia de Malária, aliada à fome e à ausência de assistência médico-sanitária despertou interesse nas autoridades para a busca de auxílio internacional. Benguela necessitava de um grande Projeto em torno dos aspectos sanitário-ambientais, mesmo sob o risco da guerra civil vigente neste período.

A intervenção custaria milhões de dólares, mas, o valor compensaria socialmente, independente do esforço político em torno desse Projeto. Entre os anos 1995 a 1997, estive em Benguela atuando como voluntário das Nações Unidas, neste Projeto.

E durante este período tive a oportunidade de observar o impacto social do mesmo, no qual constatei melhorias consideráveis na saúde ambiental da comunidade. Foram destas observações que culminou a minha Dissertação de Mestrado. Todo o esforço foi empregado no âmbito de pesquisar, dentro das questões econômicas, urbanas e ambientais, as áreas atingidas pelo Projeto. Porém, o estudo da Malária, não foi contemplado naquele momento e agora reluz sobre a teoria maxsoreana, na Geografia Médica Imperial.

1.2. Elementos metodológicos da pesquisa

Essencialmente, uma pesquisa deve produzir um conhecimento novo, com muita relevância teórica e socialmente fidedigna, mas nem sempre o processo de uma pesquisa segue os padrões regulares com o pesquisador.

Nesta pesquisa sobre o complexo patogênico da malária nas cidades de Benguela, Lobito e Comuna da Catumbela, na República de Angola, os elementos básicos da pesquisa foram desenvolvidos por etapas desde a formulação do problema. Construir uma teoria com um grande suporte bibliográfico parece-me um caminho aparentemente tranqüilo na construção de uma pesquisa⁶, porém, no caso de Angola todas as buscas metodológicas ficavam estagnadas nas impossibilidades evocadas nos conflitos internos do país durante todo o período quase interminável da guerra civil. Neste espaço de tempo, as pesquisas acadêmicas das contradições políticas, econômicas e sociais praticamente não existiam. As pesquisas eram todas realizadas fora do país, as quais as bases da realidade não tinham a sustentação da práxis do lugar do sistema vigente. Enfim, faltava em Angola, o recorte das realidades. Como resultado dos entraves, tive que buscar na vivência do Projeto de Reabilitação Urbana e ambiental de Benguela, Lobito e Comuna da Catumbela um

⁶ “Qualquer que seja o referencial teórico ou a metodologia empregada, uma pesquisa implica o preenchimento dos seguintes requisitos”:

a formulação de um problema de pesquisa, isto é, de um conjunto de perguntas que se pretende responder, e cujas respostas mostrem – se novas e relevante teórica e / ou socialmente;

a determinação das informações necessárias para encaminhar as respostas às perguntas feitas;

a seleção das melhores fontes dessas informações;

a definição de um conjunto de ações que produzam essas informações;

a seleção de um sistema para tratamento dessas informações;

o uso de um sistema teórico para interpretação delas;

a produção de respostas às perguntas formuladas pelo problema;

a indicação do grau de confiabilidade das respostas obtidas (ou seja, por aquelas respostas, nas condições da pesquisa, são as melhores respostas possíveis?);

finalmente, a indicação da generalidade dos resultados, isto é, a extensão dos resultados obtidos; na medida em que a pesquisa foi realizada sob determinadas condições, a generalidade procura indicar (quanto possível) até que ponto, sendo alteradas as condições, podem – se esperar resultados semelhantes”. (LUNA, S. V., 2000, p. 16/17).

trajeto para escrever minha dissertação de mestrado como um pesquisador ativo, na medida em que o projeto avançava. Fui ao mesmo tempo pesquisador, vivenciando a construção da pesquisa. Ao final do Projeto, estava delineado o estudo de caso. Sobre a minha experiência em Angola, até a sistematização do projeto de pesquisa, tive um longo amadurecimento para desenvolver minhas hipóteses de forma quase simultânea com o final do projeto.

Ao final do projeto, em 1997, resolvi fazer um inquérito, que seria utilizado na época como dados para o Governo Provincial na sua prestação de contas com o Governo Central. Acontece que tais dados passaram a ser muito importante para eu delinear os passos da pesquisa do Doutorado, pois o meu retorno a Angola estaria condicionado a um novo contrato com as Nações Unidas.

No mês de Junho de 1997, foi levado a cabo um inquérito nas zonas periurbanas de Benguela e Lobito. Este inquérito foi dirigido aos agregados familiares num total de 2013 pessoas.

O inquérito tinha como objetivo conhecer o impacto das atividades do projeto, além de caracterizar a situação sócio-econômica da população. Desta forma foram feitas perguntas em relação a:

- I. caracterização sócio-econômica dos agregados familiares;
- II. acesso dos agregados familiares á água para beber;
- III. condições sanitárias dos agregados familiares;
- IV. revegetação;
- V. depósito do lixo.

A concepção, implementação e tratamento das informações do inquérito ficaram na responsabilidade do recém organizado Instituto Nacional de Estatística de Angola, uma unidade de estatísticas sociais em Angola, na época com poucas capacidades de leitura dos dados daquele porte.

A amostra do inquérito foi do tipo aleatório, teve como base a distribuição já existente da região de Benguela, Lobito por zonas. Foram cobertas todas as 5 zonas das 2 cidades, mas somente nas áreas periurbanas, já que as áreas urbanas já possuíam algumas infra-estruturas deixadas pelos portugueses. O número foi igual em todas as zonas de entrevistas realizadas. Para a recolha das informações, foram formadas 5 (cinco), equipes, composta por 5 (cinco) inquisidores e 1 (hum), supervisor. As equipes foram treinadas e ao mesmo tempo participaram do pré-teste do inquérito antes da recolha propriamente dito.

O período de recolha da informação foi de cerca de 8 dias, 4 dias para Benguela e 4 dias para o Lobito e a Catumbela.

O trabalho de campo decorreu sem dificuldades, pois logisticamente todas as equipas foram acompanhadas para desenvolverem as pesquisas.

Foram gastos U\$D 11.000.00 (Onze mil) dólares americanos para a conclusão deste inquérito (Ver Anexo A).

1.2.1. Resultados do Inquérito

Características dos Agregados Familiares;

TABELA 01 – Distribuição dos Agregados segundo o Chefe de Família

Sexo	Agregados	Porcentagem %
Masculino	1401	69,6
Feminino	612	30,4
Total	2013	100

Fonte: Manoel, Valêncio. Reabilitação Urbana e Ambiental de Lobito e Benguela: um desafio para República de Angola, 1999.

Dos 2.013 agregados inquiridos, 1.401 são chefiados por indivíduos do sexo masculino e 612 do sexo feminino, corresponde a 69% e 30% respectivamente.

TABELA 02 – Local de procedência do Agregado

Local de Procedência	Agregados	Porcentagem %
Benguela	1162	57,7
Huambo	512	25,4
Huíla	163	8,1
Bié	100	5,0
Kwanza Sul	21	1,0
Luanda	15	0,7
Moxico	11	0,5
Uíge	12	0,6
Outros	17	0,8
Total	2013	100

Fonte: Manoel, Valêncio. Reabilitação Urbana e Ambiental de Lobito e Benguela: um desafio para República de Angola, 1999.

Verifica-se que há um grande fluxo de migração populacional das zonas onde o conflito bélico é intenso e o destaque é a Província de Huambo, porém o interior da província de Benguela fica com cerca de 57,7% das proveniências. A maioria da população é rural, e de bairros periféricos onde vivem na ausência total de luz, água, esgoto, habitação e transporte; sem adaptação com o centro urbano. Nestes locais os índices de Malária superam todas as expectativas epidemiológicas.

TABELA 03 – Acesso à água e lugar de abastecimento

Lugar de Abastecimento	Agregados	Porcentagem %
Cacimba ⁷	259	12,9
Chafariz ⁸	1521	75,6
Cisterna	224	11,1
Rio	9	0,4
Total	2013	100

Fonte: Manoel, Valêncio. Reabilitação Urbana e Ambiental de Lobito e Benguela: um desafio para República de Angola, 1999.

Nesta tabela pode-se perceber que a maioria da população faz uso da água potável, após longos anos da ausência da água tratada.

TABELA 04 – Condições Sanitárias da Habitação

A sua casa tem	Agregados	Porcentagem %
Latrina ⁹	278	13,8
Casa de banho	684	34,0
Nenhum	1051	52,2
Total	2013	100

Fonte: Manoel, Valêncio. Reabilitação Urbana e Ambiental de Lobito e Benguela: um desafio para República de Angola, 1999.

⁷Grifo meu: Cacimba: no Brasil denominamos de poço; Chafariz: fonte de água construída pelo governo num ponto central do bairro; Cisterna: O Projeto de reabilitação urbana reativou o sistema de tratamento de água, construindo muitos fontanários nos bairros periféricos, além do saneamento de baixo custo com as chamadas latrinas melhoradas, pois muitos defecavam em campos abertos, aumentando a contaminação das águas, o principal causador da cólera e das doenças diarreicas. A malária, por ausência de saneamento básico, com o esgoto correndo a céu aberto, facilitava a reprodução dos mosquitos transmissores do *plamodium falcipurum*. A malária na periferia acometia a todos em picos epidêmicos incontroláveis. O Projeto não possuía verbas para o combate da malária tanto no campo educativo quanto aos medicamentos.

⁸Grifo meu: Com a chegada da água tratada, toda a população da periferia passou por um processo educativo para usar a precioso liquido de forma sustentável, evitando o desperdício, assim como a formação da água parada, ideal para a reprodução dos mosquitos. O uso dos chafarizes em cerca de 75,6%, representou um saldo positivo do Projeto PRUALB.

⁹Grifo meu: Em Angola, a casa de banho é um local exclusivo para banhos, ali não temos a presença do vaso sanitário, enquanto que a latrina ou fossa séptica é exclusiva para as necessidades biológicas. Geralmente ambas são separadas. No Brasil o termo era denominado de casinha ou privada a mesma ficava no fundo dos quintais.

Nesta tabela pode desprender que uma boa parte das casas não tem condições mínimas de habitar, pois as residências não possuem banheiros. Geralmente defecam ao céu aberto.

TABELA 05 – Deposição do Lixo doméstico

Local de depósito	Agregados	Porcentagem %
Ao ar livre	259	12,9
Lixeira ¹⁰	1024	50,9
Buraco	713	35,4
Tambor	4	0,2
Outros	13	0,6
Total	2013	100

Fonte: Manoel, Valêncio. Reabilitação Urbana e Ambiental de Lobito e Benguela: um desafio para República de Angola, 1999.

TABELA 06 – Revegetação - segundo o tipo de árvore no quintal

Tipo de árvore	Agregados	Porcentagem %
Fruta	256	33,1
Sombra	443	57,4
Sombra e fruta	73	9,5
Total	772	100

Fonte: Manoel, Valêncio. Reabilitação Urbana e Ambiental de Lobito e Benguela: um desafio para República de Angola, 1999.

O programa de revegetação urbana criou um hábito salutar da população em revegetar sua cidade, pois a ausência das mesmas tem causado sérios danos ao clima insalubre de Benguela, além da formação de deserto em áreas pesqueira.

¹⁰Grifo meu: Segundo os dados da tabela 05, cerca de 50,9% da população faz uso das lixeiras. Para o Projeto, isto foi muito importante, já que as lixeiras são pontos de coleta do lixo.

TABELA 07 – Distribuição dos agregados segundo a fonte de recepção das informações sobre a educação sanitária

Resposta	Agregados	Porcentagem %
Rádio ¹¹	1076	53,5
Ativista	608	30,2
Outros	329	16,3
Total	2013	100

Fonte: Manoel, Valêncio. Reabilitação Urbana e Ambiental de Lobito e Benguela: um desafio para República de Angola, 1999.

As primeiras partes das ações metodológicas para a composição da tese, nasceram desta experiência no campo e principalmente no Projeto PRUALB¹².

¹¹Grifo meu: Baseado nestes resultados conclui-se que 53,5% dos inquiridos recebiam as informações de Educação Sanitária do PRUALB através do rádio. O rádio foi o instrumento que utilizei para que minhas mensagens sobre saneamento de baixo custo, revegetação e recolha dos resíduos sólidos chegassem à casa de todos. Durante meu período de Voluntário das Nações Unidas, tinha a função de Especialista em Educação e Comunicação Sanitária e Ambiental. Neste Cargo durante todo o tempo fiz relatórios e criei um banco de dados para o futuro estudo sobre a malária na província de Benguela.

¹² Grifo meu: A Reabilitação Urbano-Ambiental de Benguela e Lobito foi considerado o maior programa de saneamento básico com tecnologia de baixo custo ocorrido na conflituosa África Austral. As barreiras para realização do Projeto foram condicionadas a estrutura política militar do país, marcada por instabilidade. Independente do sistema econômico adotado, após a luta de libertação, a não incorporação dos aspectos sociais na condução do país representou um erro que persiste desde os primórdios históricos da colonização e que foi agravado por grande diversidade étnica. Essa diversidade étnica, no decorrer de uma longa história de dominação, foi usada para aguçar conflitos internos que gerariam uma falta de governabilidade no país. Neste contexto de conflitos, eu acompanhei todos os problemas da estrutura (ação) sanitária e ambiental de Lobito e de Benguela, e pude verificar, na prática, assim como testar uma metodologia baseada nas minhas experiências pessoais, a partir daí, sistematizei tais práticas que me levam hoje a agrupá-las neste novo estudo.

1.3. Da Antropogeografia de Ratzel a antítese francesa: caminhos ideológicos da Geografia Médica de Max Sorre na contribuição dos “Serviços Médicos Imperiais” em Angola

Ao adentrarmos nas discussões da Antropogeografia, de Frederich Ratzel (1844–1904), devemos ficar atentos às particularidades deste tempo histórico: final do século XIX e início do século XX, marcados por profundas mudanças nas esferas econômicas, políticas e sociais.

A minha advertência se faz pela cronologia discutida na tese.

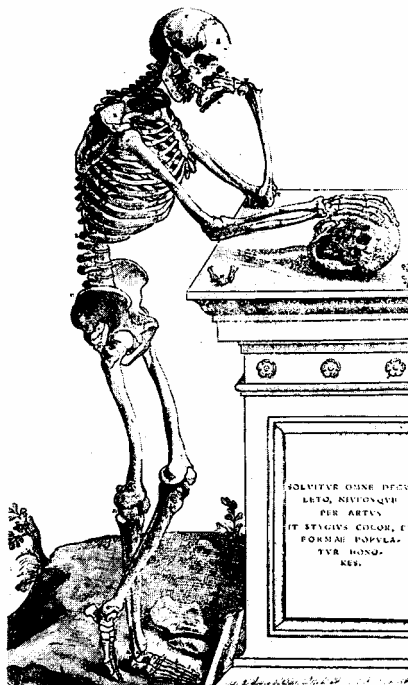
Primeiramente, o meu corte temporal da delimitação da pesquisa tem início a cerca de 229 anos, período este, anterior ao nascimento de Ratzel, precisamente no ano de 1615, início do século XVII, época da formação do Reino de Benguela, quando a teoria de Ratzel e a sistematização da Geografia como ciência eram apenas elocuições, e que finalmente aconteceria na segunda metade do século XVIII, através da “Escola Alemã” de Ritter e Humboldt. Ratzel somente apareceria no século XIX.

Mas, afinal que contra tempo é este?

Ou seja, seria sua teoria conhecida antes do século XIX, empiricamente? Buscarei mostrar neste capítulo o que foi a Antropogeografia de Ratzel e a Geografia Médica de Max Sorre, e como a mesma serviu aos préstimos do “imperialismo” da metrópole lusa no reino de Benguela e Angola.

FIGURA 02: QUESTIONAMENTO

“Estevão Calcar, esqueleto meditando sobre o crânio. In: André Vesalio, *De Humani Corpore Fabrica*, 1543”.



Fonte: FARRELL, J., 2003, p. 17

Tais perguntas, provavelmente não seriam respondidas sem o advento da chamada Geografia Moderna, mas no campo da Geografia Médica, os saberes teóricos já estavam contidos na busca pela compreensão da doença no homem e como a mesma aparecia em diferentes espaços simultaneamente. O ilustre exemplo vem da Grécia antiga: Hipócrates aparece como percussor do saber médico e a noção de “entidade mórbida”, que mais tarde irá se transformar no pensamento ontológico e erudito dos fundamentos da Medicina. Por que não dizer da busca incessante do homem em cercear geograficamente os principais espaços das doenças ou até mesmo segregar aqueles homens da comunidade, que apresentavam características idênticas de patologias, numa perspectiva de territorializar às doenças para uma possível cura no futuro?

Era o que ocorria com os que sofriam de lepra, por exemplo: todos os leprosos eram segregados em um determinado território para evitar o contágio com outras pessoas. Surge, então, o questionamento: não seria isto a territorialização da Geografia das doenças? Ou seja, poderia até ser uma Geografia Médica ou

qualquer de outra denominação, porém, o importante era que todos – sintomáticos ou não - conheçam o espaço e o local geográfico da doença.

Didaticamente falando, poderemos analisar sobre uma outra perspectiva, ou seja, através da história da distribuição espacial das doenças no tempo e no espaço configura-se uma Geografia Médica de forma indissociável entre o natural e o social, num cotidiano na qual homem–natureza reafirma seu lugar na dinâmica social deste espaço¹³.

Assim, a teoria do espaço não poderá ficar apenas reduzida a questões do ambiente físico, mas também a processos sociais. A configuração territorial não é por si só um dado natural, mas o testemunho de processos históricos passados, que continuam evidentes na atualidade: se sempre existiu uma busca da ocorrência da doença num dado espaço, a Geografia Médica, não pode ser contextualizada somente num período da sistematização da Geografia, portanto, tais processos remontam na antiguidade, na qual Geografia e Medicina caminham singularmente em todos os movimentos espaciais do homem e da natureza.

“Isto ocorre, quando fazemos uma leitura da História da Medicina na obra de Hipócrates do século V a.C *Dos ares, dos mares e dos lugares*”, pioneira neste aspecto. Na ciência geográfica, cabem os lugares, os ares e os mares, nestes está contida a totalidade kantiana, estudada pelos geógrafos “físicos” Ritter e Humboldt numa sintonia entre todas as ciências do homem e para o homem.

Da Geografia, coube a cartografia leitura espacial das doenças e patologias, sinalizando de forma escalar o meio ambiente físico, o qual, desde os primórdios da civilização, sempre despertou a curiosidade humana. Assim, os cientistas associaram a distribuição espacial da doença aos mapas, um documento que

¹³ “O espaço deve ser considerado como um conjunto indissociável de que participam, de um lado, certo arranjo de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais, e, de outro a vida que os preenche e os anima, ou seja, a sociedade em movimento. O conteúdo (da sociedade) não é independente da forma (os objetos geográficos), e cada forma encerra uma fração do conteúdo. O espaço, por conseguinte, é isto: um conjunto de formas contendo cada qual frações da sociedade em movimento. As formas, pois, têm um papel na realização social. Enquanto totalidade, segundo Kant, é a “pluralidade considerada como unidade” ou a unidade da diversidade. Essa unidade nada mais é que as essências novas ou renovadas, cuja vocação consiste em deixar de ser potência para tornar-se ato”. (SANTOS, 1988, p.27).

mostra em diferentes escalas um dado fenômeno, podendo os mesmos estar segregados ou conjuntamente num determinado território.

Entretanto, somente no século XVIII, quando o uso de mapas cresceu na Europa, é que os primeiros mapeamentos de doenças foram publicados. Fato este que ocorreu em consequência das grandes epidemias, principalmente durante a Idade Média.

A partir de então, os agrupamentos humanos passaram a ser condensados, mesmo nos feudos. Os indivíduos que residiam nos burgos - onde a insalubridade, aliada às ruas estreitas e tortuosas, sem saneamento - eram os mais prejudicados, pois, esses locais causaram o avanço das pestes e epidemias incontroláveis¹⁴.

O sofrimento da população despertou nos cartógrafos o desejo de mapear as localizações escalares das epidemias, para inclusive auxiliar o controle das áreas urbanas sobre a quarentena imposta pelo Estado aos doentes urbanos. O mapa passa a ser então uma necessidade eminente na localização das enfermidades.

No entanto, segundo Ribeiro¹⁵, na atualidade o mapeamento é complexo e intrigante, porém, um mecanismo essencial para estudos epidemiológicos nas formulações de novas hipóteses.

¹⁴ “Qualquer um que ousasse a” se aventurar pelas ruas de Florença no verão de 1348, mesmo alguém que sorrateiramente saísse à luz cinzenta dos primeiros momentos do amanhecer, para evitar as carroças da morte e os ladrões de cadáveres, e os bandidos inspirados pela peste, não podia evitar a morte.

Nas portas das casas empilhavam-se grosseiramente o pai, a mãe e os filhos. Arrastados para fora e ali despejados pelos vizinhos, ninguém era amigo o suficiente para enterrar os mortos pela peste. Dali a seis meses para cada habitante de Florença que ainda estava vivo pelo menos um teria morrido. “Tanto os jovens quanto os velhos, os fortes e os fracos, todos sucumbiam”. (FARRELL, J., 2003: 95-96).

¹⁵ “Ele não explica nada; ao contrário coloca uma série de questões. E a principal questão é: por quê? Isso nos leva a buscar uma explicação para este padrão, complexo e intrigante, que o mapa revela. Somos levados a buscar correlações possíveis com fatores conhecidos ou suspeitos de causar ou afetar aquela distribuição. Ao fazer isso, outros mapas são construídos para mostrar, também, a distribuição desses fatores explicativos. Frequentemente, as correlações esperadas não são encontradas, mas a pesquisa deve continuar com formulações de novas hipóteses”.

Anterior ao século XIX, em 1768, o médico escocês James Lind publicou um livro intitulado *An Essay on Diases Incidental to Europeans in Hot Climates: with the Method of Preventing Their Fatal Consequences*. Portanto, há muito tempo, verifica-se que o estudo da distribuição espacial das doenças oferecia uma pista fundamental para etiologia das mesmas, embora nem sempre denominada de Geografia Médica, enfim era apenas questão de sistematização.

Para o médico britânico John Snow (1813–1858), um dos pioneiros da associação espacial (já na era da Geografia Moderna), explica a epidemia de Cólera em Londres, em 1854, mesmo sem conhecer o agente etiológico, apenas associou o lugar espacial com as mortes de Cólera, em diferentes bombas públicas (poços de água) pela cidade, inclusive cartografando o nível da variação epidemiológica.

Desta forma, saúde e doenças no campo da Geografia Médica são discussões que antecedem os conceitos interdisciplinares produzidos por Ratzel em 1882, é evidente que não podemos descartar sua contribuição efetiva e efervescente para uma epistemologia geográfica.

Ainda no século XIX, sob o estigma da Biologia e a Física, o corpo humano e suas patologias são considerados propriedades “essenciais” das doenças, passando estas a ser diagnosticadas como se o corpo fosse mecânico, ou seja, fragmentações.

Outras ciências seguem o mesmo caminho, a Geografia não seria exceção, ela que no século XIX, passava por mudanças, sofreu fortes influências participando de estudos fragmentados da Biologia. O exemplo é a botânica, que catalogava e subdividia suas espécies em famílias, gêneros, espécies e subespécies, ou seja, das partes ao todo segundo o espírito do naturalista Linné.

[...] A análise geográfica pode contribuir significativamente para o desvendamento de causas e conseqüências e, portanto, para o avanço do conhecimento na área de saúde pública. A definição da escala adequada de estudo e de mapeamento dos diferentes fenômenos, entretanto, é de importância crucial para detectar as variações espaciais mais significativas e as relações entre elas e as variáveis ecológicas, demográficas, sociais, culturais e econômicas. Normalmente, parte-se de um nível mais amplo para se chegar a níveis de maior detalhe.

Os primeiros estudos de Geografia Médica preocupavam-se, sobretudo, com a distribuição mundial das principais doenças. Existem trabalhos muito interessantes do século XIX e início do século XX.” (RIBEIRO, 2005, p.66).

Nesta fase a Biologia torna-se o ponto de encontro de todo o pensamento ocidental, firmando-se aliada, já no século XVII, as tendências imperialistas iniciada nas grandes navegações (século XV e XVI), que culmina ao aparecimento do cientista oitocentista Charles Darwin, independente ou não do mecanicismo, sua contribuição constituiu a base para o avanço científico da pós-modernidade.

Ratzel na sua contemporaneidade da Biologia, Botânica, Zoologia também aproximou a Geografia de Darwin¹⁶, chegando a Teoria do Espaço Vital tornando o “Estado Orgânico”.

O modelo de Ratzel de transformar a História Humana e o Estado em Orgânico na Teoria do Espaço Vital foi de grande valia para a continuidade das relações ou da aproximação entre o homem e a natureza, negada na “Geografia Médica Imperial”.

Ratzel apenas transferiu o organicismo para a sociedade que paradoxalmente tratado pela Biologia diagnosticada de forma mecânica e fragmentada. Todo o instrumental teórico metodológico Geografia Ratzeliana culminou na abordagem de integração entre o homem, a flora (fitogeografia), a fauna (Zoogeografia), buscando uma biogeografia na totalidade, quer fosse capaz de unir as populações humanas e a natureza, nesta articulação, nasceria no seio da biogeografia uma “real geografia” do homem que ele denominaria de Antropogeografia¹⁷.

¹⁶ “A obra de Darwin coroa a prodigiosa evolução das ciências naturais, da biologia em particular, nos séculos XVII ao XIX. Embora represente um salto extraordinário no conhecimento humano e na libertação das influências escolásticas (religiosa) e idealistas, a obra de Darwin apóia-se numa visão mecânica da evolução natural das espécies. E será reduzida por seus leitores a um evolucionismo linear, sobretudo por Spencer e Ratzel”.

As leis da Biologia que Darwin desenvolve em seu livro serão transportadas para a história dos homens. Para Spencer como para Ratzel as leis da história humana são as mesmas que regem as espécies vegetais e animais. “A sociedade é um organismo.” (“MOREIRA, 1985.p.30”).

¹⁷ “Ratzel entendia o processo de evolução como resultado das interações entre as dinâmicas da flora, da fauna e da vida humana. É na explicitação desse processo e na diferenciação dos papéis exercidos por homens, plantas e animais, nessas evoluções compartilhadas, que ele ancora os principais argumentos para justificar a inclusão da Antropogeografia como disciplina”. (CARVALHO, 2005, p.19).

Atuando numa forte base científica entre o final do século XIX e o início do século XX, quando faleceria em 1904; Ratzel (1844–1904) passou toda a segunda metade do século XIX embalado por fundamentos positivistas, naturalistas ou darwinistas, viveu numa época histórica de contradições e lutas; o mesmo lutara para não deixar morrer num discurso vazio, a ideologia do imperialismo alemão, que teria conseqüências na política interna da Alemanha gravíssimas, inviabilizando a unificação territorial germânica.

Nestas circunstâncias, Ratzel, trouxe para si a responsabilidade de sintetizar através da “Teoria do Espaço Vital”, na concepção de “Estados Orgânicos” um processo capaz de conduzir todos os homens lotados num dado espaço a defesa comunitária do território, antes da ocupação por outro Estado, em tese uma (“espécie de seleção natural”). Neste contexto ficou consagrada a figura visível do Estado determinando o meio de resistência, ou seja, o Estado é a expressão orgânica na defesa do meio ocupado. É notável o “determinismo geográfico” na forma concreta da relação homem-meio, numa síntese necessária para a existência do imperialismo alemão, que deveria a partir daquele momento fazer parte da história do mundo, dominado pelos belgas, franceses, italianos, espanhóis, além da ressurgência dos portugueses esquecidos pela sua fraca hegemonia no século XIX.

A primeira obra de Ratzel, a Antropogeografia, vem à luz em 1882, poucos anos depois da Conferência de Bruxelas e poucos anos antes da Conferência de Berlim. Se na primeira os alemães foram coadjuvantes, na segunda serão organizadores. Para Carvalho ¹⁸

Numa direção sem fragmentação, o pensamento ratzeliano foi do Naturalismo ao Humanismo, dos universos físico-naturais, aos fenômenos histórico-sociais, acompanhado de forma vertical e horizontal todas as mudanças sócio-econômicas

¹⁸ “As formulações de Ratzel, independentemente das intencionalidades que lhe possam ser atribuídas, constituíram-se em peças importantes no processo de consagração da institucionalidade científica, *stritu-sensu*, onde teve lugar especialmente na segunda metade do século XIX, seu papel se destaca, sobretudo, por ele ter sido uma espécie de protagonistas – mesmo às avessas”, [...] É possível afirmar-se que Ratzel, com sua obra interferiu fortemente nos processos que conduziram a conformação independente e corporativa de diversas disciplinas científicas entre elas a Geografia, a Antropologia, a Sociologia e até mesmo a História. “Isso se quiser ficar apenas no plano das generalidades disciplinares, pois há um sem número de outros ramos, ou sub-especialidades, tais como a biogeografia, a etnologia, a geografia humana, a ecologia humana.” (IDEM, 1998, p. 17).

das teorias do Imperialismo Capitalista, já que os auges dos debates de suas idéias aconteceram entre 1880 e 1920.

Tais pressupostos ficaram registrados pela história, desde a conquista forçada tanto das Américas quanto da África, como uma grande fonte de metais preciosos para a Europa.

Metais, estes que possibilitaram a monetarização de grande parte da economia – uma pré-condição necessária para a produção de mercadorias. A subjugação forçada de muitos povos coloniais originou muitos “santuários” privilegiados de lucros para muitas empresas comerciais européias, criadas pelo governo ou por ele protegidas, nos primeiros estágios do capitalismo.

No final do século XVIII e na primeira metade do século XIX, porém, o ímpeto da industrialização pareceu ocupar toda a atenção, o tempo e o dinheiro dos capitalistas. No último terço do século XIX, os poderes industriais, financeiros e comerciais estavam se concentrando em mãos de corporações gigantescas e impérios financeiros internos que se formava em todos os grandes países capitalistas, houve uma orgia mundial de imperialismo capitalista ¹⁹.

Se de um lado à Geografia de Ratzel ganhava novos adeptos com seus pressupostos teórico-metodológicos na Geopolítica da Europa Imperialista, ao mesmo tempo aguçava os teóricos da Geografia francesa e outras ciências a avançarem num mesmo ritmo, com destaque para a Sociologia, para Antropologia e para a Economia. No combate ao imperialismo, vinham as teorias escritas por John. A. Hobson (1858–1940), defensor das causas sociais progressistas, que publicou, em 1902, a obra: “Imperialism: Study”, buscando todos os esforços para compreender o imperialismo, no sentido de elucidá-lo como um processo social parasitário nas explorações de outros povos, a fim de extorquir-lhes as riquezas, para alimentar o “luxo nacional”.

¹⁹ Na África, por exemplo, apesar de séculos de comércio sangrento e infame de escravos, os países capitalistas europeus mal tinham ultrapassado as áreas costeiras no início do século XIX. No entanto, no início do século XX, após um ataque impiedoso e bárbaro, 26 milhões de quilômetros quadrados, ou seja, 93% do território africano tinham sido subjugados pela força do domínio capitalista estrangeiro. A França tinha conquistado cerca de 40% desse território (em grande parte no deserto do Saara); a Inglaterra tinha conquistado cerca de 30%, e os 23% restantes tinham ficado com a Alemanha, Bélgica, Portugal e Espanha”. (HUNT, 2005, p.332).

A teoria Imperialista Capitalista de Rosa de Luxemburgo (1870–1919), na qual sua obra mais conhecida é: “A Acumulação de Capital”, publicada pela primeira vez em 1913. E, em uma defesa posterior deste livro, surgiu a obra intitulada: “A Acumulação de Capital – Uma Anticrítica”. Nele, a autora busca com base num modelo de dois setores de reprodução capitalista ampliados de Marx que em uma economia onde só houvesse capitalistas e trabalhadores, o crescimento econômico equilibrado seria impossível.

A outra foi a Teoria do Imperialismo Capitalista de Lênin (1870–1924), que apesar de ser líder do Partido Bolchevique, suas idéias continuavam influenciando quase todos os partidos comunistas. Entre seus trabalhos mais lidos e citados está: “Imperialismo: Fase Superior do Capitalismo”, escrito em 1916, numa interpretação semelhante às idéias de Hobson, cujo enfatiza o enorme crescimento das indústrias. Segundo a concentração impressionante das empresas e rápida da produção são características mais marcantes do capitalismo.

Ratzel busca a compreensão deste momento histórico de grandes paradigmas nas Ciências Sociais, produzindo livros e artigos, criando a partir deste momento, sua interdisciplinaridade, aliando uma totalidade entre o homem e o meio natural, físico e biológico.

Na verdade, Ratzel realizou aquilo que Kant procurava no século XVII e August Comte, no século XIX; ou seja, uma Geografia com interdisciplinaridade entre outras ciências. Toda a discussão epistemológica das Ciências Sociais no final do século XIX foi um instrumento de fortalecimento da Geografia da “Escola Alemã”, onde os acontecimentos ocorriam naquele século ²⁰.

De forma notória, as preocupações científicas, geográficas, antropológicas, sociológicas, econômicas e históricas, enfim, das ciências na totalidade levaram ao

²⁰ “Ao lado do número cada vez menor de magnatas do capital, que usurpam e monopolizam todas as vantagens desse processo de transformação, cresce a massa da miséria, da opressão, da escravidão, da degradação e da exploração; mas com ela também cresce a revolta da classe operária, uma classe cujo número cresce sempre e é disciplinada, unida e organizada pelo próprio mecanismo do processo de produção capitalista. O monopólio do capital torna-se uma algema do modo produção, surgida com ele e fortalecida por ele. A centralização dos meios de produção e a socialização do trabalho chegam, afinal, a um ponto tal que se tornam incompatíveis com suas vestes capitalistas. Essas vestes se desfazem. Ouve-se a marcha fúnebre da propriedade privada capitalista. Os expropriadores são expropriados.” (MARX, 1989, p.763).

aparecimento das primeiras conspirações de um conhecimento solitário e isolado do positivismo.

No século XIX, quando Alexandre Humboldt observou as relações existentes entre associações vegetais e as condições do clima e do solo, preocupando-se, ainda, em observar os sistemas de exploração da terra e do homem e as relações estabelecidas e estruturadas entre dominadores e dominados na relação capitalista, para obterem uma utilização mais racional dos recursos disponíveis, alguma coisa deveria ser transformada. No mesmo período, o filósofo e historiador Karl Ritter, professor na Universidade de Berlim, procurou estudar os vários sistemas de organização do espaço terrestre, comparando povos, instituições e sistemas de utilização de recursos.

Humboldt foi o grande animador da fundação de sociedades de exploradores, já denominadas Sociedades Geográficas ou de Geografia, que se dedicaram à realização de expedições de pesquisas e levantamento de informações nas várias partes do mundo.

Karl Ritter foi bem menos dinâmico e sua ação concentrou-se na compilação e interpretação dos textos enviados por expedicionários. Já Ratzel, como naturalista e etnólogo, trouxe para si as reflexões a respeito do papel desempenhado pelo homem no território, para o campo das divagações no seu famoso livro e principal grande obra: "Anthropogeographie". Nessa obra buscou um significado geográfico para o homem nas suas relações com a natureza²¹.

²¹ "Essa insistência na necessidade da compreensão do papel do homem na transformação profunda da fisionomia da vida na terra, sem, no entanto, abandonar o estudo da vida vegetal e animal, teve prosseguimento em pelo menos três outras grandes obras: *Völkerkunde*, *Politische Geographie* e *Die Erde und das Leben*. Em todas elas, Ratzel reafirma essa perspectiva do tratamento geográfico para o entendimento da difusão da vida no planeta. Em *Völkerkunde*, isso se realiza com uma espécie de cartografia etnográfica dos diversos povos do mundo, consubstanciado por um imenso inventário das diversidades culturais e ambientais a que estão submetidos; em *Politische Geographie*, isso também se realiza, avaliando o papel do Estado como síntese da apropriação econômica do solo e captura de uma possessão política, que foi produzido pela difusão da vida humana no planeta e pretende subordinar, com a repartição e combinação de elementos, a difusão de todas as outras formas de vida. Na sua última grande obra, *Die Erde und das Leben*, Ratzel sintetiza e reafirma as perspectivas de sua biogeografia universal, reiterando sua oposição a uma abordagem fragmentada. A rígida divisão dessa ciência em três ramos abandona seu projeto original e a desvia para uma ciência que tem por objetivo apenas descrever e classificar. *Die Erde und das*

Numa linha interdisciplinar Ratzel, nas suas principais obras, busca uma Geografia consistente, aliada à determinação do Estado alemão em tornar-se um legítimo competidor na onda que assolava o velho continente na conquista e ocupação da África, ou seja, a nova redistribuição do território africano. O marco fundamental desta busca configura-se na Conferência Internacional de Berlim - 15 de novembro de 1884 até 26 de fevereiro de 1885.

Nela, já estava consolidada a proposta do Estado Alemão (dividir África) em conjunto com os seguintes países: Bélgica, França, Inglaterra e Estados Unidos. A Conferência de Bruxelas, sobretudo no sentido de delimitação e partilha, havia deixado descontentes várias potências, dando um clima de questionamentos e desconfiança a todos os países que participaram da corrida pela divisão africana.

Na verdade essa Conferência levou a Europa à Primeira Guerra Mundial (1914-1918), sendo que no seio das idéias imperialistas estava presente a Geografia de Ratzel, no sentido “lato” do Estado Contemporâneo expansionista.

Contudo, historicamente, tais fatos não ficaram isolados da epistemologia das Ciências Sociais, pois, é a fragmentação que iria determinar uma nova Geografia, isolada, cada vez mais distante da filosofia matriz.

O atraso do capitalismo alemão, a Teoria do Espaço Vital, os conflitos dos trabalhadores rumo ao socialismo conjugaram-se em estímulos para pensar uma Geografia “nova”, marcada pelo poder dos Estados envolvidos em discussões permanentes de quem passaria a ser o dono do mundo.

Não podemos esquecer de que a Antropogeografia de Ratzel vem à luz justamente neste período em 1882, pouco depois da Conferência de Bruxelas, onde os alemães não participaram da divisão territorial africana. Assim, o geógrafo alemão, teria uma tarefa de sistematizar e convencer teoricamente a todos, principalmente o povo alemão.

O Estado teria que passar por um novo entendimento nas massas, que estava muito descrente da ordem política vigente no século XIX. Para tanto, Ratzel

Leben é uma obra emoldurada, do começo ao fim, por essas exortações, Ratzel indicava as próprias características do ambiente geográfico mundial da época, considerando em todas as suas dimensões. Nesse sentido, suas exortações não rechaçavam o reducionismo descritivo e classificatório para sua pretendida biogeografia universal, mas sugeriam também que se extraíssem, dos próprios rumos projetados para esse ambiente geográfico, os objetivos em que se deveria inscrever o progresso desse campo de conhecimentos.” (CARVALHO, 2005: p. 20-21).

repenso, alinhou e definiu o Estado como um elemento orgânico, a fim de dar a ele uma relação necessária com o meio natural, sendo este meio natural figura indispensável para a manutenção e desenvolvimento do Estado orgânico mesmo num espaço descontínuo, no caso do território africano.

A resposta surgiu academicamente na França, onde se postulava novos rumos para a Geografia Imperialista do século XIX. A Teoria Possibilista, da Escola Francesa, regional e imperialista, chegou ao final do século XIX e início do XX, num momento crucial para o Estado Francês, que se apresentava com necessidades de justificar o domínio de 40% do continente africano e ao mesmo tempo negar o pensamento alemão. No entanto, camuflou ainda, através do Possibilismo, a forte presença do Estado, ideal para envergadura direta na Geografia Médica, já praticada por todos os países europeus na África.

A nova antítese da escola alemã iria criar uma série de defesas para legitimar a presença do Estado em vários territórios, criando especificamente uma Geografia Regional capaz de captar e entender a lógica e os fundamentos da região.

A natureza deste conhecimento seria determinar, de cima para baixo, a dominação total do espaço geográfico delimitado pelos Estados, através de suas fronteiras. Assim, Paul Vital de La Blache torna a Geografia uma ciência de síntese, nela é introduzida um olhar estatístico-matemático, que confundiria até mesmo a Geografia com Sociologia.

Estava criada, nestas condições, uma fragmentação levada a cabo até o século XXI, possibilitando um olhar fragmentado de uma Geografia marcada na síntese pela síntese, mas com total atenção ideológica na manutenção das políticas impostas pelo Estado.

1.3.1. A Geografia da síntese de La Blache, o reforço da Antropologia Físico-evolucionista e a construção teórica da região

Os trabalhos dos geógrafos alemães, entre eles Ratzel, foram notadamente assimilados, ao mesmo tempo, que provocaram buscas incessantes para os intelectuais e cientistas sociais, no período compreendido entre o final do século XIX e o princípio do século XX.

Nas Ciências Sociais, representantes da Sociologia, através de intelectuais como Emile Durkheim, que foi o criador da Sociologia Funcionalista, visualizaram a “Geografia” como um aliado compatível para as críticas da Escola Alemã de Ratzel, mesmo por que, a Teoria Possibilista foi especialmente formulada pelo seu compatriota Paul Vidal de La Blache nas academias francesas.

Com a ocupação francesa no continente africano, o discurso regional foi adaptado para justificar tal postura, portanto, o continente, mais cedo ou mais tarde, chegaria ao desenvolvimento, porém em partes, ou seja, de pedaço em pedaço, de região para região.

Talvez, o Estado francês nunca imaginaria os problemas dessa fragmentação, as dificuldades de governar uma África dividida, impossibilitando a circulação de povos e nações, com famílias irmãs, das divisões culturais e religiosas. As guerras e o terrorismo passaram a fazer parte do continente negro no século XX.

A Europa nunca desenvolveu esta percepção e se a conhecia, a negligenciava ideologicamente. Aliás, a compreensão do povo europeu era que apenas eram guerras étnicas, ou seja, “tribalistas”. Assim, durante muito tempo abandonaram suas colônias à sua própria sorte, ignorando-os e impedindo a imigração dos povos em guerra para os territórios europeus, com atos de nacionalismo e xenofobismo ²².

²² “A Geografia regional esteve fundamentada no passado sobre os problemas inter-relacionados de fronteiras e escala. Tanto quanto o primeiro destes é focalizado, deve ser apontado que não há sistemas fechados e que fronteiras regionais claramente visíveis raramente existem. O problema de escala pode ser superado estudando regiões em mais de um nível escalar, reconhecendo que, em qualquer hierarquia, as formas e eventos típicos de um nível têm efeitos em outros níveis.” (GERARDI, 1985, p. 196).

Nesta Geografia Lablacheana, com certeza não poderia estar contido um conhecimento geográfico de natureza universal, pois como observamos, não cabia no discurso tal categoria. A mudança da argumentação ou das práticas de exploração também determina novos campos ideológicos pelo poder constituído. Assim, uma “Nova Geografia” passa a ser desenhada tanto nas academias como nos currículos escolares, o que veio acontecer no século XX, levaria Yves Lacoste a escrever de forma convicta: “Geografia serviria, antes de tudo, para fazer a guerra”. Lacoste, como membro e filho da escola francesa, era conhecedor de seus mestres e das transformações que partiram deles e foram efetuadas em toda superfície da terra como: “Geografia dos Estados Maiores”, da mídia, etc.²³.

Foi neste sentido que toda a Geografia de orientação lablacheana ostentou uma oposição às teses de Ratzel. Enquanto o Estado alemão buscava entrar com força total no clube dos imperialistas a França, já possuía enormes territórios, bastava aos franceses um conjunto de normas e medidas capazes de declinar e dominar a forte cultura africana, através de um modelo idealizado nas possibilidades destes povos, em alcançar o chamado estágio civilizatório num curto espaço de tempo, sendo que ciências como: a Sociologia, Antropologia e a Geografia Regional estavam aliadas ao pensamento positivista, em voga neste período.

Aliás, neste processo, muitos Geógrafos já não distinguem Sociologia e Geografia, preocupando-se apenas aqueles que tinham fortes ligações na Geografia, entre eles, o próprio Max Sorre. Neste confronto teórico–metodológico, Sorre insiste na cooperação entre as duas disciplinas, afastando em seus artigos a chamada competição²⁴.

²³ “Posto dessa forma nossa questão poderia ser equacionada no seguinte molde: como as concepções do espaço atuam na construção material do espaço num dado país, e como atua na própria representação do país. O corte nacional, não implicando qualquer desvio xenófobo, se impõe como uma mediação inevitável (seja por parâmetros econômicos, históricos ou culturais).” (MORAES, 1988.p.33).

²⁴ “Mesmo lidando com dados diferentes, não cabendo a nenhuma das disciplinas superioridade sobre a outra”. Ambas devem fornecer subsídios aos organismos governamentais, em pé de igualdade, pois a “Sociologia não é negócio para mandarim”.

Com esta cooperação, sociólogos e geógrafos saíram ganhando conforme pondera:

Os Sociólogos admitiram que os Geógrafos trouxessem duas contribuições: o senso do meio ambiente total e a experiência da observação direta nas pesquisas de campo. E os Geógrafos, por

Somente mais tarde, na década de 60 do século XX, é que Max Sorre entendeu definitivamente a força da tendência fragmentária das Ciências Sociais, entendendo de que o “homo-politicus” e o “homo-economicus” foram resultados de abstrações, pois, na Geografia o homem e a natureza são verdadeiramente indivisíveis, sendo que a Geografia humana é una e, portanto, não deve sofrer desmembramentos arbitrários.

A descoberta chegou tarde, pois o novo paradigma das Ciências Sociais já estava em conflito com a sociedade capitalista montada a partir do Estado. Pois, a tese do regionalismo ou a teoria da região com regionalização, foi o pano de fundo para a crítica do pensamento alemão de Ratzel, assim como em outras ciências.

Na Geografia prevalecem as concepções de Paul Vidal de La Blache e da “Escola Possibilista”, na História tem-se o predomínio da “Escola dos Annales”. Na Sociologia, a orientação Funcionalista francesa de mestres como Roger Bastide.

Com a derrota da França na Guerra com a Prússia, cujo expansionismo tinha o dedo do pensamento ratzeliano como discurso legitimador, houve um fortalecimento contra Alemanha/Prússia, dando às críticas de La Blache um poder de eco maior sobre a excessiva politização de uma Geografia não fragmentada, sem falar da incompatibilidade do positivismo com a totalidade. O ideal positivista manteve-se academicamente fortalecido, sendo necessário na neutralidade valorativa da ciência.

Enquanto os franceses consideram a Geografia Política de Ratzel como um “manual de imperialismo” às vésperas da primeira guerra mundial; a Geografia Regional de La Blache contrapunha a liberdade individual e cultural na África. E apresentava condições naturais ao negro continente como “possibilidade” para o homem, que determinava, sim, uma nova forma de fortalecer o Estado naquilo que chamavam de “sociedades modernas” com uma concreta missão civilizadora

seu lado, tomaram consciência de que uma descrição correta só tem sentido quando os sociólogos a explicam pelo seu interior.

Isso equivale a dizer que os sociólogos fornecem a descrição da estrutura social, dos valores e padrões de comportamento, motivadores da ação do homem no espaço habitado. “Como orientação metodológica, a Ecologia é completada pelo encontro da Geografia com a Sociologia, no sentido, por assim dizer, de fechar o ciclo, como se isso fosse possível em se tratando de algo sempre em movimento”. (MEGALE, 1984, p.14-15).

paradoxal ao pensamento do homem africano, principalmente no que dizia respeito a sua cultura médica.

Aliás, interpretar as culturas, o saber local, sempre foi a principal ferramenta de uma outra ciência humana: a Antropologia, que teve a sua pré-história encerrada no final do século XIX, no mesmo momento histórico da Geografia Regional de La Blache. No princípio foi denominado de Etnologia, logo os franceses, iriam dominar e direcionar seus objetos de estudo, centrados nas descobertas de civilizações hierarquizadas, entre “Selvagens”, “Barbárie” e os “Ocidentais”, classificados pela modernidade de “Civilizados”.

Para assegurar uma hegemonia nas novas ocupações conduzidas por ideologias, os franceses instituem a famosa Sociedade Etnológica de Paris, em 1839. Tal disciplina, que mais tarde torna-se Cátedra na Universidade, foi introduzida com a finalidade de obter conhecimentos locais de todas as possessões francesas, adquiridas na corrida imperialista. Surgindo, assim, a Geografia Regional.

Segundo o Antropólogo Paul Mercier na obra intitulada (Histoire de l’Anthropologie)²⁵:

Consideramos, com isto, que o cerco acadêmico-científico estava configurado naqueles que acreditavam numa região com fronteiras dominadas pelo Estado, em conjunto com a Sociologia Funcionalista e apoiados pelos antropólogos, que sempre apresentaram grande perspicácia para enxergar as situações. Ao

²⁵ “É o limiar do período seguinte (digo ano de 1920), quando se chega à história da antropologia propriamente dita. O termo antropologia, em sua acepção mais ampla, é claramente empregado desde o final do século XVIII; na França, em 1855, dará nome a cátedra de universidade. O termo etnologia aparece depois de 1830...”.

(...) perdurará certa confusão no emprego destes termos. Porém, o importante é que, na metade do século XIX, cátedras de ensino são criadas, organizam-se sociedades científicas, atestando a existência da disciplina.

Deste modo, afirma-se um movimento intelectual que, passando progressivamente do campo filosófico ao campo científico, acompanhou o progressivo conhecimento do mundo...

(...) Duas grandes correntes podem ser distinguidas: a que insiste no relativismo social e cultural, e a que, ansiosa por estabelecer as normas da sociedade ideal, se refere ao “Selvagem” dentro de um quadro interpretativo da evolução humana. “São antes dois temas que se confundem com freqüência.” (MERCIER, 2003, p.26).

buscar conhecimentos de outras culturas, boa parte destes conhecimentos serviria de base na dominação local dos povos autóctones.

Isto ocorria ao interagir culturas ou povos, que às vezes eram como o passado da própria cultura destes povos, determinando, aos antropólogos, uma fonte do saber os locais regionais.

Sabemos que a interpretação sempre leva o lado subjetivo, ou seja, para não desfazer o conhecimento do intelectual que pratica tal exercício, ao longo das suas pesquisas.

Na antropologia do século XIX, tais ambições não poderiam deixar de existir. O princípio não poderia deixar de ser outro, como na Geografia Política de Ratzel (Darwinismo e Evolução), pois o prazer científico eram animados pelos mais diversos domínios das ciências como: Biologia, Sociologia, Filosofia.

Este fator conotou à Antropologia, assim como à Geografia os seus primeiros impulsos, num período que se estende até quase o final do século. Alguns autores ignoraram ou recusaram o evolucionismo, deste modo, surgiram temas menores que tomaram amplitude no século seguinte, mas a maioria ainda a reivindica.

O início desse período é marcado por discussões evolucionistas apaixonadas que se direcionam as descobertas de Boucher de Parthes. Este é o primeiro a colocar indutivamente, a partir de 1838, o problema da evolução da humanidade, isto lhe concedeu um destaque entre os percussores da Antropologia. Juntamos a este fato, por volta de 1896, quando foi apresentada a comunicação de Franz Boas intitulada: “The Limitations of Comparative Method in Anthropology”. Sendo esta a primeira contestação vigorosa pelos métodos usados pela quase totalidade dos antropólogos estreitamente ligados às teses evolucionistas.

Através dos Geógrafos, as pesquisas de campo passam a ser obrigatórias e ocorriam àquelas famosas expedições à África de maneira intensa. Estas aliadas ao impulso das novas metodologias de pesquisas voltadas em sínteses.

Na lógica das contradições científicas entre Alemanha e França, acabou ficando a cargo dos antropólogos alemães, repetindo o ocorrido na Geografia, avançar com investigações nos novos elementos teórico-metodológicos na Antropologia.

A negação do evolucionismo levou a antropologia alemã a retomar a relação da totalidade com reflexões antropológicas vigentes na atualidade²⁶.

Na concepção dos antropólogos alemães, o possibilismo, sustentado pelos antropólogos evolucionistas franceses era uma atitude ambiciosa para manutenção das Teorias da Região e o progresso nunca aconteceria, sem que as populações locais mantivessem suas culturas ou interações entre o homem e o meio.

Em todo o momento, a Antropologia alemã, retomava as idéias de Frederich Ratzel, chamando a atenção dos antropólogos no elo homem e natureza, claramente focado em *Volkkerkund* e a *Antropogeographie*. Como se sabe, Ratzel foi Geógrafo, porém, alguns dos seus discípulos mais fiéis defenderam um determinismo geográfico rígido demais; ele próprio foi prudente, alargando discussões culturais elementares na construção da identidade de um povo, em conjunto com o meio físico.

A forma na qual a Geografia Regional francesa aliou-se à Antropologia, à Sociologia e às correntes ideológicas do Estado produziu uma Geografia Médica postulada na imposição aos indígenas, ou seja, uma Geografia essencialmente localizada com fragmentações nas intervenções médicas sanitárias.

Ao longo do pensamento científico entre o século XVIII e XX, tanto a Geografia, quanto a Antropologia e a Sociologia tiveram que encarar seus paradigmas, buscando a recomposição ou mesmo a compensação. A figura do “mau” selvagem e do “bom” civilizado, de uma forma geral colaborou para o assentamento das intervenções regionais. Tudo estava vinculado à evolução dos homens, sem distinção do econômico sobre o cultural.

²⁶ “Assim, T. Waitz, em sua *Anthropologie der Naturvolker*, cuja publicação começa por volta de 1858, insiste na unidade do homem, sem fundamentá-la, como tantos depois dele, em paralelismos evolutivos. Uns grupos humanos progrediram mais que os outros desenvolveram civilizações mais ricas. Isto não significa que tivessem dons superiores, ligados, por exemplo, à constituição racial. Esses progressos não se explicam tampouco apenas pela ação direta dos determinismos do meio natural, que oferece possibilidades exploradas desigual e diferentemente. É a situação global de cada grupo humano, a totalidade de sua história”. (IDEM, p.42).

Na visão da Antropóloga Russa Misscha Titiev, na sua obra: “Introdução à Antropologia Cultural”, todos estavam especializados nas teorias evolucionistas desconhecendo as contradições do próprio momento histórico do conflitante século XIX. Somente no século XX é que a Antropologia avança em direção do real entendimento das questões de cunho cultural.

O longo afastamento das relevâncias culturais criou lacunas suficientes para a intervenção de outras ciências, sendo a Geografia da População, uma das primeiras a adentrar neste vácuo.

Entender as dinâmicas populacionais também colaborou para a manutenção e o fortalecimento da Chamada “Geografia Humana” pela escola francesa, a mesma agrupou na síntese de Paul Vidal de La Blache todas as possibilidades da positivista transformação do homem colonial com fortes bases na Antropologia Física do final século XIX e início do século XX²⁷.

Com a ocupação sustentada no regionalismo e com o conhecimento antropológico das populações, a Geografia Médica Imperialista, também iria buscar elementos teóricos para sanear os territórios. Os médicos formados neste período levavam consigo as intervenções pontuais na cura das patologias, entre elas, a forma de contestações da Medicina tradicional (baseadas na cura espiritual ou através das ervas Mediciniais).

Acompanhado a Geografia Francesa, Max Sorre desenvolve a Teoria do Complexo Patogênico. No princípio, se tem a idéia de uma teoria interdisciplinar, porém sua aplicação na busca da cura fica notória às ações regionais do Estado,

²⁷ “Na base da distinção fundamental entre biologia humana e cultura humana, são normalmente seguidos pelo menos três linhas gerais de investigação. Todos os que se especializam nos problemas respeitantes à evolução, forma, estrutura, aparência, funcionamento e variações do corpo humano ou qualquer das suas partes são agrupados sob a designação de antropólogos físicos. Trabalham freqüentemente como cientistas naturais, em ligação com os anatomistas, médicos, dentistas, primatologistas, geneticistas e com todo o conjunto de investigadores que podem ser designados por biólogos. Os principais objetivos dos antropólogos físicos diferem dos seus colegas, que estão principalmente interessados nas várias manifestações da cultura. Aqueles que se dedicam ao estudo dos vestígios do trabalho executado pelo homem no passado são conhecidos como arqueólogos; ao passo que aqueles que estão principalmente interessados no comportamento de grupos de homens e mulheres vivos são diversamente denominados etnógrafos, etnólogos, antropólogos sociais, ou antropólogos culturais.” (TITIEV, 2005, p.7).

principalmente no período de maior concentração ideológica na África e em Angola, entre o final do século XIX até a década de 40, no século XX.

Afinal, a Teoria do Complexo Patogênico prevalece nos reinos de Benguela e Angola, mesmo antes de ser escrita por Max Sorre? As evidências começam a partir da imigração dos europeus em direção a África, enquanto os governos europeus tinham limitado imigrações? A política de saúde era resolvida com o retorno do imigrante à metrópole, sendo que num dado momento, isto não foi mais possível devido ao volume de imigrantes nas colônias? Contudo, coube a Geografia Regional Lablacheana, repensar o novo território espacial-urbano do Estado?²⁸

Neste espaço construído pelo Estado é que, tanto a Geografia Regional quanto a Antropologia Evolucionista buscaram novas perspectivas de aliar-se a ele, conhecendo através dos estudos de campo uma nova compreensão das realidades regionais nas possessões imperialistas. A Geografia tem nas teses de La Blache através de uma cuidadosa explanação em sua obra: “Princípios da Geografia Humana”, o espaço em “Extensão” que poderia ser produzido e reproduzido pelo espaço através das análises comparativas matematicamente ou estatisticamente calculadas no campo das ações.

A Antropologia, de Franz Boas, já antecipando La Blache, em 1930, lança novas perspectivas metodológicas com as famosas pesquisas de campo, revolucionando completamente a Antropologia Física. O Antropólogo que não vai ao campo, não teria mais confiabilidade em suas análises, pois, eram comuns as pesquisas serem realizadas nos gabinetes. Geralmente, eram os missionários religiosos que coletavam as informações e as observações de campo, a partir de então passam ser instrumento metodológico nas investigações. Tais investigações, no campo da dominação imperial representavam a “alma” dos lugares (termo empírico, que deve ser entendido como área ou local regional).

²⁸ “O espaço urbano capitalista - fragmentado, articulado, reflexo, condicionante social, resultado de ações acumuladas através do tempo, e engendradas por agentes que produzem e consomem espaço. São agentes sociais concretos, e não um mercado invisível ou processos aleatórios atuando sobre um espaço abstrato. A ação destes agentes é complexa, derivando da dinâmica de acumulação de capital, das necessidades mutáveis de reprodução das relações de produção, e dos conflitos de classe que dela emergem”. (CORRÊIA, 1995, p.11).

O objetivo do sistema era regionalização com o intuito de dominar os recursos naturais e humanos no continente africano. Em nenhum outro momento, na história da humanidade, a racionalidade da produção foi tão aguçada pelos Estados Imperialistas. A nova realidade modificou substancialmente a vida do homem na terra e radicalizou enormemente o impacto sobre o meio ambiente. Este fato, que ocorreu com o advento da Revolução Industrial, nos séculos XVII ao XIX, com o estabelecimento de uma economia industrializada, centrada no espaço urbano e baseada numa tecnologia altamente consumidora de energia, matéria-prima e mão de obra escrava, foi fator relevante nas mudanças culturais na África.

Essa economia industrial, que nasceu sob o signo da maneira de produção capitalista, tornou o mercado africano em permanente expansão, onde espoliar e produzir passaram a ser exigência linear, inerente à própria capacidade natural do lugar.

As destruições ambientais regionais trouxeram novas demandas aos cientistas coloniais como o combate às endemias e epidemias em níveis regionais. Neste contexto é que Max Sorre emplaca sua Geografia Médica, lastreado em pesquisas temáticas de saúde, influenciadas por idéias positivistas de “August Comte”.

A Geografia maxsoreana ganharia o mundo com os problemas estudados na Geografia Médica Regional da contemporaneidade com ênfase no meio natural, humano e biológico. Trazendo uma nova forma de pensar as complexidades patológicas das doenças, e ao mesmo tempo, repensando regionalmente o uso do espaço colonial pela força hegemônica, tornando o reajuste das migrações dos europeus na África, com novas oportunidades de trabalho para todos. Principalmente para os portugueses que enfrentavam a crise econômica e política na época.

Não podemos desconsiderar que toda a instrumentação de Max Sorre estava ancorada nas teorias de La Blache. O pensamento estava aliado aos princípios da Geografia francesa e deveria gerar uma ciência geográfica e antropológica capaz de alimentar todas as ideologias de dominação Regional do Estado. Assim, na constituição da teoria de Max Sorre, esta é uma sobrevivência intelectual de todos aqueles que ocupavam os territórios imperialistas. A África não era exceção na utilização das teorias do autor, a Europa também foi fiel na Geografia Médica Francesa, pois possuía seus problemas de Saúde Pública nas endemias de Malária,

de ocorrências sazonais e outras enfermidades, como a Cólera, a varíola, a Peste Negra, a Tuberculose, por exemplo.

O estilo de vida nas colônias foi fundamental na aliança particularizada entre Geografia, Sociologia e Antropologia, nas quais o recorte teórico passou por entendimentos geopolíticos da fronteira.

O Estado fortemente organizado em momentos das crises políticas internas (caso do “império português”) teria que demonstrar sua importância regional nas ações promovidas por ele, perante os outros países.

O nascimento da Teoria do Complexo Patogênico necessitou de grande parte da argumentação lablacheana para agrupar ideologicamente em várias instâncias institucionalizadas ou setores da sociedade civil, indivíduos capazes de pacientemente absorver um novo contexto sobre o meio natural, o meio biológico inserido no regionalismo africano.

A decodificação do Complexo Patogênico de Max Sorre, não depende apenas de um olhar no suporte da sua teoria, mas de uma visão da totalidade das dinâmicas e avanços da sociedade da época e da sua aplicação antes e depois do surgimento teórico no Reino de Benguela e Angola, entre 1615 e 1940.

1.3.2. A teoria do Complexo Patogênico de Max Sorre aplicado no plano regional das possessões coloniais

Antes de iniciar a discussão da Teoria do Complexo Patogênico do Geógrafo Max Sorre, há que se entender o cenário histórico, no qual o autor desenvolveu seu pensamento. Os pressupostos básicos estão centrados na obra “Philosophie Zoologique”, do biólogo Lamarck em 1809. E também na obra da segunda metade do século XIX, de 1859: a “Origem da Evolução das Espécies”, de Charles Darwin ²⁹.

²⁹ “Desde hace algunas décadas, se há acumulado una masa enorme de materiales y nuestro lenguaje es muy diferente del de nuestro precursores. Los trabajos que se acaban de citar, no obstante, son labores directrices que permitieron la constitución de la ecología humana.

Tanto Lamarck como Darwin são considerados evolucionistas, contribuidores da sistematização da Biologia, com passagens na Zoologia e Biogeografia. Lamarck estudou Medicina e depois partiu para a pesquisa dos animais vertebrados. Pesquisa esta que possibilitou, mais tarde, a Charles Darwin o desenvolvimento da Teoria da Seleção Natural das Espécies, através de teses ligadas ao meio natural. Considerado por muitos o percussor e sistematizador da Biologia, Ciência principal da Medicina. Portanto, como disse Max Sorre, na sua citação acima, todo este conjunto de estudos, foi largamente acumulado e aos poucos se tornou parte integrante da consolidação da uma ciência denominada Ecologia Humana, relacionando o homem, a Terra e a Geografia que o cerca.

Sorre, no princípio, ao estudar os primeiros passos da Teoria do Complexo Patogênico, sentiu o preconceito dos médicos, no sentido de não prestigiarem os seus estudos na Medicina, e se distanciarem no trabalho nas regiões da África. Estes conheciam através da Geografia local patologias diferenciadas e desconhecidas, relacionadas ao meio natural, com ocorrência apenas nas localidades onde atuavam; isto ocorria, principalmente, em patologias desenvolvidas pelos vetores adaptados ao clima e a vegetação do lócus.

As primeiras experiências positivas vieram através da realidade local climática e da biogeográfica da África. Nesta categoria, os altos estudos de clima, vegetação e do homem, já estavam avançados pela “Escola Francesa”, que possuía enormes volumes de estudos desenvolvidos no início do século XX.

Na Escola da Geografia Regional Francesa, estudos como: o meio ambiente, o organismo humano e as dificuldades de adaptação faziam parte ou mesmo eram objetos fundamentais para uma ocupação definitiva das colônias da França no continente africano.

Os franceses sabiam que para ocupar e territorializar o local, teriam que enfrentar o entrave climático. Como o homem branco europeu poderia adaptar ao clima Desértico, Equatorial, Tropical, Subtropical ou mesmo Temperado da África? A luta constava principalmente nas possibilidades das variantes climáticas deste

Esta profusión de descubrimientos y doctrinas ha coincidido con la expansión del grupo blanco sobre todo el planeta. La toma de posesión de la tierra ha renovado los estudios geográficos”. (SORRE, 1940, p. 9).

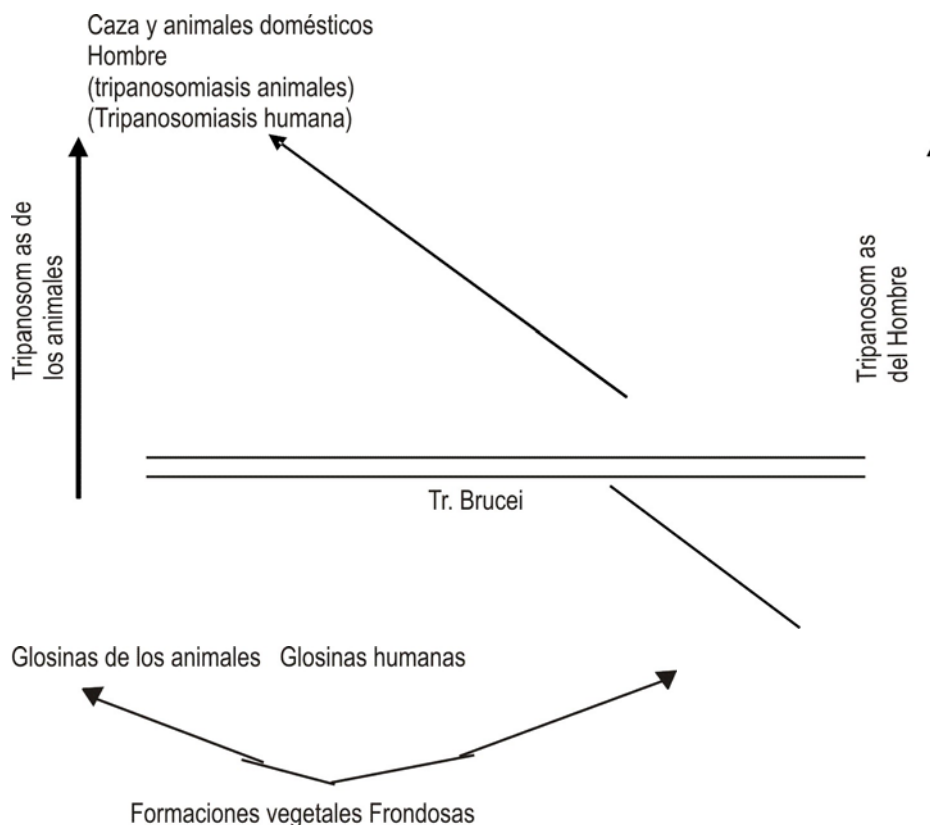
homem ao ser introduzido localmente. Teria ele, o homem europeu, uma fácil adaptação biológica?

Teoricamente, os estudos consideravam que sim, bastava apenas um período de adaptação do organismo humano. Porém, por outro lado, este mesmo corpo, estaria sujeito aos ataques de uma grande variedade de inimigos característicos dos lugares. Assim, o homem se tornaria um alvo fácil perante o meio ambiente, fato este que Sorre denominou de Complexo Patogênico: homem, meio natural físico e doenças, tudo isto dependia também do que Sorre classificou como gênero de vida.

O autor ao intensificar sua Teoria, buscou dar nomenclaturas para o que chamou de “Complexos Patogênicos” na Geografia Médica, em consonância com a regionalidade. O homem poderia sofrer de:

- I - Complexo pestoso: doenças causadas e transmitidas por animais;
- II - Complexo da enfermidade do Sono: doença do sono, muito comum na África Subsaariana;
- III - Complexo palúdico: doença transmitida por mosquitos anófeles, onde o Paludismo apresenta-se em condições naturais em toda a superfície da terra. Ver esquemas I, II e III, abaixo:

I. ESQUEMA GENERAL DE LOS COMPLEJOS DE TRIPANOSOMA:



Fonte: (IDEM, 1940.p.242)

Dentro das características apresentadas no esquema acima, percebemos uma relação direta na qual o homem está inserido devido o trato do cotidiano com os animais. No entanto, o homem que durante milênios lutou para domesticar os animais - para consumo ou não, se vê diretamente associado a ele numa relação que não permite uma separação, tanto das glossinas humanas, quanto dos animais. Assim, Max Sorre toma uma posição epidemiológica direta e positivista, nas possibilidades de tais ocorrências estarem numa posição de vigilância total por parte do Estado. Neste sentido, mesmo com um total conhecimento da forma de transmissão, ficava muito difícil para os médicos sanitaristas do século XIX, depositar total confiança nas teorias do Complexo Patogênico, pois não bastava simplesmente um olhar da Geografia Médica sistematizada; seria também necessário que esses médicos retomassem um novo olhar para as necessidades da Medicina Social, no real atendimento daqueles europeus que viviam no continente africano.

A capacidade necessária para tais acontecimentos nasceria de uma Geografia Regional aliada ao conhecimento do Estado em policiar a saúde das populações.

A França, apesar de aplicar tal sistema nas suas colônias na África, não possuía muita tradição no mesmo (“Policia da Saúde”), que teve seu nascimento na Alemanha, na aplicação da Medicina social. O modelo de Medicina social não era utilizado nas colônias africanas.

A Medicina social teve seus primeiros desenvolvimentos no final do século XVIII, com os cientistas Morgani e Bichat estudando anatomia patológica na forma individual em algumas situações (por força do capitalismo) ou não (necessidades de corpos humanos para estudos). Contudo, eles sabiam que se torna humanamente impossível retirar da ação médica uma prática social, pois o capitalismo individual não valoriza as relações “médico-paciente”, mas sim “médica-saúde”, sabemos que para o mesmo, toda vez que termina um tratamento e este tem repercussões que ecoam em toda sociedade, aumenta a popularidade da cura (objetivo da Medicina).

O desenvolvimento do capitalismo, final do século XVIII e início do século XIX, contemplaram a socialização do corpo, tanto na força de produção, quanto na força do trabalho e estas se tornaram necessidades fundamentais para a reprodução do capital.

Assim sendo, o corpo se transformou em uma soma entre o biológico e o político, no qual o Estado poderia manter um controle, desde que também socializasse a Medicina nos locais das suas explorações econômicas. O trato de Max Sorre, no ajustamento da Geografia Médica e Regional com o Estado, não nasceu efetivamente na França, mas com toda certeza, foi baseado nos conhecimentos da Alemanha, para uma maior inserção do poder médico-estatal sobre os colonizados.

Para Foucault, pode-se dizer, de maneira superficial, que existiram três etapas na formação da Medicina Social ³⁰, no combate das grandes endemias e

³⁰ “A Primeira: Medicina de Estado, que se desenvolveu, sobretudo na Alemanha, no começo do século XVIII”.

Sobre esse problema específico não é válido dizer, como Marx, que a economia era inglesa, a política, francesa e a filosofia, alemã.

Pois, foi na Alemanha que se formou no século XVIII, bem antes da França e da Inglaterra, o que se pode chamar de ciência do Estado. A noção de Staatswissenschaft uma noção alemã e sob o

epidemias: Medicina de Estado, Medicina Urbana e, finalmente, Medicina da Força de Trabalho.

A atenção ao Esquema Geral dos Complexos de Tripanossomos proposto por Max Sorre, na transmissão de pestes ao homem já era considerada parte do desenvolvimento do Complexo patogênico e também era conhecida da Medicina urbana na França, desde o final do século XVIII. Os estudos aconteceram em função da explosão urbana das cidades européias, entre elas, a Vila de Paris.

Historicamente, a grande cidade francesa no final do século XVIII, entre 1750 e 1780, explodiu com os primeiros problemas territoriais para o Estado. O motivo foi o rápido crescimento da Vila de Paris, estrangulada por uma multiplicidade de poderes detidos nas mãos de diferentes senhoriais em várias partes da cidade e sem um comando central.

Paris, não era centralizada numa administração municipal única, mas num conjunto de poderes, detidos por leigos, pela igreja com suas comunidades religiosas, corporações com autonomias e jurisdições próprias. Além disto, existia ainda o poder estatal, no qual seus representantes eram: o rei, intendente de polícia, mais alguns representantes dos poderes parlamentares.

Então, as dificuldades estavam na unificação do poder da cidade na constituição de um território único. A concentração urbana dos camponeses nas colheitas fracassadas, a saturação do espaço, a revolução industrial, as novas demandas sociais levaram o medo e a angústia para Paris. Assim, com o caos

nome de ciência do Estado pode se agrupar duas coisas, que aparecem, nesta época, na Alemanha: por um lado, um conhecimento que tem por objeto o Estado; não somente os recursos naturais de uma sociedade, nem o estado de sua população, mas também o funcionamento geral de seu aparelho político...

(...) A Segunda: direção no desenvolvimento da Medicina social é representada pelo exemplo da França, onde em fins do século XVIII, aparece uma Medicina social que não parece ter por suporte a estrutura do Estado, como na Alemanha, mas um fenômeno inteiramente diferente: a urbanização. É com o desenvolvimento das estruturas urbanas que se desenvolve, na França a Medicina social...

(...) A Terceira: direção da Medicina social pode ser sucintamente analisada através do exemplo inglês.

A Medicina dos pobres, da força de trabalho, do operário não foi o primeiro alvo da Medicina social, mas o último. "Em primeiro lugar o Estado, em seguida a cidade e finalmente os pobres e trabalhadores foram objetos da medicalização." (FOUCAULT, 2002, p. 80-85, 93).

implantado foi necessário lançar um modelo político médico diferente baseado na força do Estado, em conjunto com as famosas quarentenas impostas para todos.

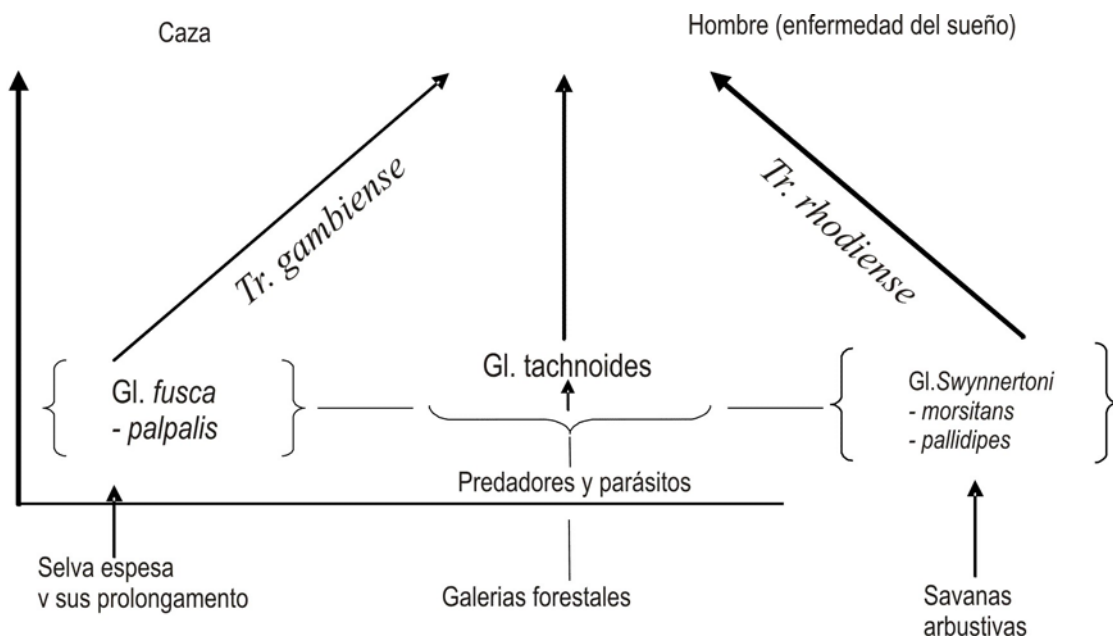
O pânico urbano surpreendeu as autoridades públicas, em cada nova peste ou epidemia que atacavam as cidades sem estrutura não existiam cemitérios para sepultamento dos mortos, sendo um fato raro nas aglomerações periféricas³¹. No relato acima, Michel Foucault notabiliza uma velha prática para conter epidemias utilizadas desde Idade Média (quarentena), quando as epidemias atacavam populações inteiras e foram também reutilizadas no século XVIII, na Vila de Paris. Porém, a diferença estava na ação do Estado em corrigir e intervir no espaço urbano da cidade, praticando desinfecções com a ajuda da recém criada “Polícia Médica” com métodos de vigilância praticados na atualidade. Tais métodos, também foram logo transferidos para África colonial, tanto pelos franceses como pelos portugueses. Enfim, era a presença de uma Geografia Médica com padrões de morbi-mobilidade para evitar a difusão das doenças no tempo e no espaço.

No segundo esquema, Max Sorre trabalha o Complexo da Enfermidade da Doença do Sono.

³¹ “Tem-se assim, certo número de pequenos pânicos que atravessaram a vida urbana das grandes cidades do século XVIII especialmente de Paris”. Darei o exemplo do “Cemitério dos Inocentes” que existia no centro de Paris, onde eram jogados, uns sobre os outros, os cadáveres das pessoas que não eram bastante ricas ou notáveis para merecer ou poder pagar um túmulo individual. O amontoamento no interior do cemitério era tal que os cadáveres se empilhavam acima do muro do claustro e caíam do lado de fora. Em torno do claustro, onde tinham sido construídas casas, a pressão devido ao amontoamento de cadáveres foi tão grande que as casas desmoronaram e os esqueletos se espalharam em suas caves provocando pânico e talvez mesmo doenças. Em todo caso, no espírito das pessoas da época, a infecção causada pelo cemitério era tão forte que, segundo elas, por causa da proximidade dos mortos, o leite talhava imediatamente, a água apodrecia etc. Este pânico urbano é característico deste cuidado, desta inquietude político-sanitária que se forma á medida em que se desenvolve o tecido urbano.

Para dominar esses fenômenos médicos e políticos que inquietam tão fortemente a população das cidades, particularmente a burguesia (...) Ela lançou mão de um modelo de intervenção muito bem estabelecido, mas raramente utilizado. “Trata-se do modelo médico e político da quarentena.” (IDEM, 2002, p.87).

II. ESQUEMA DEL COMPLEJO DE LA ENFERMEDAD DEL SUEÑO:



Fonte: (SORRE, 1940, p.242)

Sobre a Doença do Sono, que teve seu diagnóstico, em 1880: um parasito existente na saliva das Moscas Tsé-tsé e estas se alimentam de sangue humano. Ao contrário do seu primo americano, o tripomastigota, *T. Brucei* não invade as células (nem assume forma de amastigota), alimentando-se e multiplicando-se, enquanto o tripomastigota estava nos fluídos corporais, incluindo sangue e fluído extracelular dos tecidos. Uma nova mosca Glossina é infectada quando se alimenta de indivíduo contaminado. Ao longo de um mês, aproximadamente, o parasita assume várias formas (epimastigota principalmente) enquanto se multiplica no corpo da mosca, invadindo finalmente as glândulas salivares do inseto (as moscas vivem cerca de 6 meses). A mosca Tse-tse, da Doença do Sono, foi um grande entrave e continua sendo, ela ocorre apenas na África, nas zonas onde existe o seu vetor. Atualmente, há cerca de meio milhão de pessoas infectadas em aproximadamente 40 países africanos.

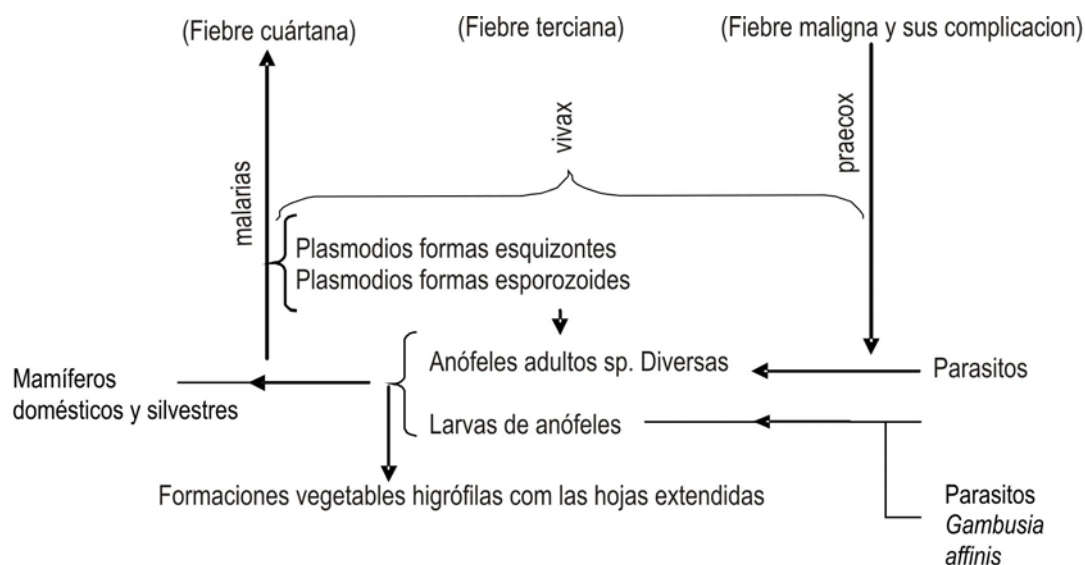
Os sintomas iniciais são muito parecidos com o Paludismo com febres, tremores, dores musculares e articulares, linfadenopatia (gânglios linfáticos aumentados), mal estar, perda de peso, anemia e trombocitopenia.

Diferentemente do mosquito transmissor do Paludismo, as glossinas, ao contrário de quase todos os outros insetos que picam os humanos, são mais ativas

de dia, portanto, dormir em redes apesar de aconselhado, não protege tanto como no caso da Malária, cuja picada ocorre no período noturno.

Max Sorre ao pesquisar a doença do sono, na teoria do Complexo Patogênico entende que nos casos de avanço tanto através do *Tripanossomo Gambiense* quanto do *Rodesienense* eram uma questão regional e que um bom trabalho de Saúde Pública seria ideal para o desaparecimento da patologia. Dentre estes, destacava a mudança de comportamento sanitário–ambiental dos povos atacados pelos vetores da doença do sono. Pois, esta era típica do continente africano e não ocorria em nenhum outro continente. Em momento algum, analisou o desaparecimento dos predadores naturais no intensivo desmatamento ocorrido desde a ocupação colonial. No terceiro esquema, Max Sorre estudou o Complexo do homem palúdico, ou seja, da Malária.

III. HOMBRE PALÚDICO



Fonte: (IBIDEM, 1940, p.246)

A situação do homem palúdico, do Esquema Geral da Teoria dos Complexos, é a mais importante para o meu trabalho, nele a extinção do Paludismo era apenas uma questão de tempo e de atuações de uma Geografia Médica Imperial capaz de transformar a vida sanitário–ambiental do homem africano. A Malária era uma velha conhecida da Medicina ocidental. A luta pela sua extinção começou na antiguidade, durante as primeiras epidemias que assolaram a Europa, expandindo-se, então pelo mundo, através dos navios mercantis.

FOTO: 02: Fêmea do Anófoles

Fonte: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Página da internet, acesso em 28/03/2006.

A Malária é também conhecida por muitas denominações, impaludismo, maleita e outros nomes. É uma infecção do sangue provocada por um protozoário do gênero *Plasmodium*, que é transmitido ao ser humano pelas fêmeas dos mosquitos do gênero *Anopheles*. Ao contrário da Mosca Tsé-tsé, vetor da Doença do Sono, o *Anopheles* sp, mosquito transmissor da Malária atua geralmente no final da tarde e principalmente durante a noite. Na África aparecem nos gêneros do tipo *Vivax* e *Falciparum* e ambos provocam febres delirantes. Estas febres vêm acompanhadas por tremores e levam o paciente ao descontrole das suas ações.

Ao atuar na corrente sanguínea pode ocorrer ainda, a Malária cerebral, levando ao óbito o paciente que não sofrer intervenção médica. Max Sorre indica os lugares com pântanos como principal área de reprodução, bem como as florestas hidrófilas de clima Equatorial e Tropical em períodos das chuvas. Outras áreas de ocorrências são as faixas litorâneas, ideais para a reprodução e propagação do *Anopheles* sp. No século XX, o uso intensivo de agrotóxico foi a grande esperança na extinção do mosquito, porém, o mesmo iniciou um processo de mutação, adquirindo resistência química ao medicamento e as grandes aplicações acabaram não resolvendo o problema, obrigando as buscas de novas tecnologias químicas. Na África, vários fatores contribuíram para o aumento do *Anopheles* sp, destacamos o desmatamento acelerado desde as suas ocupações, intensificando a exploração no final do século XIX e início do Século XX.

Max Sorre, na Teoria Geral dos Complexos, explica que todo grupo humano em suas atividades, laborais ou não, está constantemente em consonância com o meio natural, e está sujeito a esse complexo definido como: “conjunto de atividades

mediante as quais o grupo que a pratica assegura sua própria existência”, sendo, o gênero de vida fundamental para formulação do Conceito do Complexo Patogênico.

Segundo ele “a constituição dos Complexos Patogênicos dependem em grande parte dos costumes que o grupo possui, elementos como: alimentação, vestuário, moradia etc.”.

Em suma, o pensamento do autor desenvolveu uma linha biológica para explicação dos fatores bio-psico-sociais (sob denominação de Complexo Patogênico), o mesmo individualizou em porções territoriais, com determinado tipo de relação entre o homem e seu habitat: do agente etiológico e seu habitat, do reservatório extra humano, do vetor biológico e do homem suscetível ou doente, aos poucos, o estudo dos complexos patogênicos foi se tornando um verdadeiro dossiê de doenças coloniais, dentre elas a Malária, a Doença do Sono e as Pestes. Doenças estas comuns no enfrentamento do homem europeu na África.

Aos poucos, os médicos começaram a ganhar confiança nesta Geografia Médica Regional Francesa.

Os princípios teóricos e metodológicos de Max Sorre eram apropriados para a época, no entanto, passado o período imperial nestas colônias os métodos permaneceram os mesmos, ou seja, um tratamento regional ainda atua na contemporaneidade, para as epidemias freqüentes em Angola, no século XXI.

O não tratamento da questão na totalidade tem levado o país a uma epidemiologia social sem precedentes na história da saúde pública angolana. Aliás, na sua melancólica história, Angola nunca conseguiu se ver livre das epidemias iniciadas em suas primeiras ocupações.

No reino de Benguela, ocupado a partir de 1615, o tormento da insalubridade, das doenças, das pestes e da Malária fizeram daquele lugar um eterno cemitério humano principalmente para todos aqueles europeus que ousaram desafiar o continente negro. Aos portugueses, muitas vezes sem alternativa, restava apenas imigrar, ou por vontade própria ou pelo exílio, alguns tinham a esperança de voltar à metrópole, mesmo que para “tomar o bom ar de Lisboa” para resistir às novas temporadas em Angola.

2. O NASCIMENTO DO REINO DE BENGUELA E OS ENTRAVES GEOPATOLÓGICOS DO PALUDISMO

O Reino de Angola foi constituído territorialmente, no reinado de Dom João II ou em tese ocupado pelos portugueses, já que neste espaço dos Bantus, já havia uma civilização soberana baseado num modelo de sociedade desenvolvido ao longo da formação das populações da África subsaariana.

A sua ocupação é atribuída a Diogo Cão, que no ano de 1484, enterrou no seu Zaire o primeiro marco do rei de Portugal D. João II. No ano seguinte em 1485, o célebre navegador português encontrou-se com o rei do Congo, que lhe confiou alguns moços das melhores famílias para serem batizados e doutrinados na Europa, notadamente em Portugal.

A capital do reino começou a ser construída em 1490 em Ambasse, depois em São Salvador, com a edificação da Igreja de Santa Cruz e uma fortaleza para a defesa do reino dos eventuais ataques tanto dos indígenas como dos países estrangeiros na nova possessão de portugueses ultramarina. Mesmo assim, a ocupação não foi passiva, pois os indígenas resistiram a tal afrontamento do invasor.

As tentativas foram muitas para a posse do reino de Angola. Assim em 1560, foi á vez do navegador e explorador Paulo Dias de Novaes incumbir-se desta tarefa e quando se avistou com o rei de Angola, obteve dele várias concessões, sendo logo nomeado primeiro governador de Angola, fundando desta forma, a Vila de São Paulo de Luanda, ainda hoje a capital do país. Apesar da fundação da Vila de São Paulo de Luanda, a conquista de Angola, ainda não estava concretizada. Assim muitas lutas prosseguiriam no solo daquele distante lugar do continente europeu.

No entanto, o reinado do sobas resistiria às invasões portuguesas por vários anos seguidos. No contexto do colonizador, até mesmo por uma questão estratégica, a conquista deveria ser determinada de forma definitiva com uma data histórica; no campo territorial a luta permitia aos indígenas a possibilidade de sonhar com seu território, principalmente em lugares periféricos dos fortes erguidos pelos “conquistadores”.

Somente em 1603, foi que ocorreu a posse da região de Luanda, através do Governador Manuel Cerveira Pereira, considerado o 8º (oitavo governador) de

Angola. O mesmo desafiou e venceu o terrível guerreiro Cafuxe, muito temido até pelo rei de Angola.

De uma forma ou de outra o domínio sobre Angola teria que ocorrer, pois, já ocorriam as primeiras incursões dos holandeses em terras angolanas; os mesmos foram abatidos pelos portugueses, restando buscar a conquista mais temida por eles, conhecida como a região sul de Angola.

Em 1605, sob o poder do rei Felipe III da Espanha, após ter vencido várias batalhas em Angola, finalmente foi entregue ao Governador Manuel Cerveira Pereira o traslado³² de Regimento para a ocupação definitiva do sul de Angola.

Apesar das dificuldades para ocupação do Sul de Angola, este reino já nascera com as possibilidades de desenvolvimento sustentável, porém, a fundação do Reino de Benguela, com sua capital, denominada de São Felipe de Benguela entraria na história pelas dificuldades encontradas na adaptação biossocial daquele lugar que ficou conhecido por muito tempo como açogue humano³³.

Ultrapassada a biogeografia do lugar, a cidade de São Felipe de Benguela chamava atenção pelas boas condições comerciais da época, principalmente no

³² “Sayban quantos este publico extromento dado e paçado em publica forma exzofição de mim tabalião virem que no anno do nascimento de nosso Senhor Jesus Christo de mil e seiscentos e sinco aos quinze dias [do mês de] janeiro do dito anno nesta Cidade de San Feliph [do] Reino [de Angola pe] lo capitão Mor – Gaspar Dalmeida da Silva me foi [feita] a petição com hum despacho ao pe della do Provedor da Fas[enda] o qual de verba ad verba a seguinte. Diz o [capitão] Mor que foi deste Reino Gaspar Dalmeida da Silva que [para despacho] de seus requerimentos lhe é nseçario o treslado do Regimento que V. Magestade que deos guarde foi servido dar ao Governador Manoel da Silveira Pereira pera o novo Governo do Reino de Benguela, suparando do Governo da Cidade de Loanda que pede a V.Mseja servido mandar passar o dito treslado do livro do Registo em Publicua forma e recebera mercê. O escrivão da Fasenda Real lhe paçe o treslado como pede.

“Benguela, catorze de janeiro de mil e seicentos e sinco”. (Andrade, 1971, p. 78).

³³ “A chegada Benguela, realizou-se no começo do cacimbo (inverno de Angola) e podem-se calcular quais seriam os seus efeitos em gente acostumada ao clima de Luanda, de temperatura mais elevada. Adoeciam com freqüência e morreram cerca de 38, a maior parte dos velhos de Angola, e um irmão, um cunhado e um sobrinho de Manuel Cerveira. O receio, do clima, o rigor da disciplina a que eram submetidos e obrigados, os maus tratos que recebiam, os que ficavam, a combinarem fugir, para o que obtiveram a cumplicidade do piloto de um pataxo (fiel) que Manuel Cerveira tinha em Benguela, nunca arriscaria uma fuga, pois, o capitão era violento em seus castigos”. (FELNER, 1933, p. 334).

tráfico humano de escravos para outras partes do mundo. A cobiça daquele reino rapidamente saltou os olhos dos comerciantes aventureiros do século XVII, principalmente os holandeses. Os mesmos que já sabiam da descentralização de Benguela, em 14 de Janeiro de 1605.

Ocorria o seguinte: deram Benguela a mesma importância de Luanda. A fortaleza, núcleo de uma pequena cidade concentrava em si todas as atenções dos portugueses. Para o interior, havia o sertão mais ou menos subjugado, mas sempre disposto a rebelar-se.

A queda de Luanda ocorreu em Agosto. Depressa se soube do desastre em Benguela e era natural que todos fossem preparados para o inevitável assalto. Deu-se ele, com efeito, meses depois, em dezembro do mesmo ano de 1641. Os holandeses não obtiveram muito sucesso em assenhorear-se imediatamente do florescente estabelecimento português.

O capitão da fortaleza, Nicolau de Lemos Landim, soube defender-se e vendeu cara a entrega da Fortaleza de São Felipe.

Os navios inimigos aproximaram-se da praia e dali, á vontade e sistematicamente, bateram as muralhas do forte. Ao ataque por mar sucedeu-se, pouco depois, o ataque por terra. A diminuta e a provada guarnição agüentaram vários assaltos, acabando por se entregar em 21 de dezembro de 1641.

Cumprido o dever, houve uma honrosa rendição. Os holandeses sem relutância permitiram aos sitiados a retirada para o sertão, confinando-os no interior, certos das inclemências e os indígenas revoltados seriam bastante para os dizimarem pouco a pouco.

Os portugueses partiram chefiados pelo capitão Nicolau Lemos Landim, caminhando cerca de 40 léguas, para estabelecerem-se em Caconda, terras de Jagas. Ali viveram nove meses, sujeitos a todas as téticas possibilidades, obrigados a conviver com os terríveis Jagas, de bárbaros costumes, habituados às práticas canibalescas. Nicolau Lemos Landim morreu após estes nove meses. Difícil é imaginar a vida daquele punhado de homens e de mulheres, em tão difíceis circunstâncias, longe do mar e longe da postulada civilização da época.

Logo se soube que os portugueses e holandeses haviam celebrado uma trégua, regressam imediatamente à Benguela, os pobres portugueses dispostos antes a viver com seus ex-inimigos, mas europeus, do que com os Jagas que se diziam seus amigos. Este regresso do sertão para a costa aconteceu em setembro

de 1642. Era capitão eleito Higinio Rodrigues Calado. Por um interessante acordo, os Portugueses habitaram uma parte de Benguela e os holandeses outra. Estes não tinham interesse em ocupar terreno, pois se contentavam com 3 léguas pela terra dentro e 10 ou 12 para banda sul.

Os portugueses mantinham a soberania por 80 léguas de sertão, ficaram afastados da costa e voltados para o sertão, tanto em Luanda como em Benguela. Quanto aos holandeses, havia apenas o intuito puramente comercial: interessados diretamente na escravatura, limitando-se a dominar não somente alguns pontos da costa, mas a área do porto de Benguela e Luanda, onde eram classificadas as cargas de exportação mais valiosa da época: os negros de Angola e Benguela. Para Felner, a restauração dos reinos, somente aconteceria em 1648, com a expulsão dos holandeses. Mesmo assim, os portugueses sempre mantiveram um olhar muito constante sobre as possibilidades comerciais no território conquistado por Manuel Pereira Cerveira.

Na visão de Manuel Cerveira, tais encantamentos pelo Reino de Benguela, eram justificados pela vontade do conquistador manter o território conquistado a qualquer preço, mesmo com problemas ligados ao clima e a insalubridade de Benguela³⁴. Além da Malária ou Paludismo, como era conhecido pelos colonizadores, Manuel Cerveira, teria ainda que enfrentar a fúria dos sobados, que muitas vezes, antes mesmo de negociar com os pumbeiros (caçadores de escravos), que após vencer o inimigo, vendiam os mesmos para os colonizadores como escravos para o Brasil. Isto denota as situações de conflitos para uma futura instalação do Reino de Benguela.

A situação não seria fácil na luta contra os sobas, somente ele, Cerveira, tinha todo o conhecimento dos entraves, porém nunca recuou, pois estava alardeado por inimigos em toda a parte, inclusive seus compatriotas que já havia acusado Cerveira de traição à pátria. O mesmo por isto, foi capturado numa emboscada em Benguela dentro da sua residência e enviado para o mar com apenas um soldado e um veleiro sem condições de navegar. Porém, a sorte esteve

³⁴ “A população inicial de São Felipe de Benguela eram de 130 homens, mas devido à Malária advindo dos pântanos, em Março de 1618, cerca de um ano depois da sua fundação, só havia dez brancos (oficiais, clérigos e soldados), e oitenta nativos subordinados. Somente em 1622 chegaram 70 soldados”. (BOLOTA, 1967, p. 22).

com ele, que conseguiu chegar à Luanda, entretanto, não convenceu o governador do Reino de Luanda.

Somente mais tarde, já em Madri, o rei Felipe III, entendeu que tudo o que ocorreu em Benguela foi calúnia e injúria por parte dos seus comandados, pois Cerveira costumava ser duro e metódico em suas missões.

Apesar de ser o 8º (oitavo) governador de Angola entre 1615 a 1617, foi no ano de 1603 que foi dada à posse. Em 1605, portanto, dois anos depois, foi dado o traslado do Regimento, para que o mesmo partisse definitivamente na formação do Reino de Benguela, uma missão nada fácil na conquista das Serras do Cambambe: teria que vencer o soba Cafuxe, acusado de matar e comer mais de 200 (duzentos portugueses). Talvez a vitória sobre o soba Cafuxe, deu a Cerveira a moral necessária para suas incursões por todo o sul de Angola.

Foi em 10 de agosto de 1603, que ele ganhou a batalha sobre o soba Cafuxe, reduzindo o mesmo a vassalagem servil. Assim, todo soba vencido pelo colonizador branco, além de jurar fidelidade, era obrigado, mesmo contra sua vontade, trair seus princípios, apunhalar suas tradições e culturas.

O Auto de Vassalagem era um documento obrigatório. Transcrevo abaixo, na íntegra, o Auto reconhecido e assinado pelas autoridades coloniais, sobre o Soba do Bailundo Kátchabálla ³⁵, do Reino de Benguela.

³⁵ “Auto de Vassalagem do Soba” do Bailundo Kátchabálla, o mesmo foi prestado no dia 3 de Julho de 1893, na sede da capitânia mor do Bailundo, estando presentes o capitão Justino Teixeira da Silva, servindo de testemunhas, Joaquim Guilherme Gonçalves, Júlio da Silva, Pascoal António Guimarães e Manuel Ernesto Teixeira, 2º. Sargento, nomeado para servir de escrivão.

O juramento de fidelidade ao rei de Portugal, feito pelo soba, foi aceite pelo capitão–mor.

Ao soba foram impostas s seguintes condições:

- 1º. Obedecer em tudo e por tudo ás ordens do governo português.
- 2º. Não pegar em armas e opor–se a que o povo pegue nelas contra o governo português.
- 3º. Fornecer carregadores, logo que sejam pedidos pelas autoridades legalmente constituídas.
- 4º. Entregar á autoridade mais próxima qualquer criminoso ou desertor que ache no seu território, logo que lhe seja exigido.

5º. Não consentir que nos seus territórios se arvore uma bandeira que não seja portuguesa.

O soba aceitou as condições e o capitão–mor prometeu–lhe toda a proteção que o governo português costuma dar aos seus súditos e entregou–lhe uma bandeira portuguesa.

Assinou o documento o capitão–mor Justino Teixeira da Silva, Joaquim Guilherme Gonçalves, Júlio da Silva, Pascoal Antonio Guimarães, Joaquim Gonçalves que representa o soba Kátchabálla e

O líder, além deste, venceu também os sobas: Angó e Caculo Cahango, buscando nos sertões de Benguela a tão sonhada prata que nunca existira. Sem dúvida nenhuma, Cerveira tinha plenos conhecimentos de um inimigo invisível que o venceria em todas as batalhas contra ele e também contra a população do Reino de Benguela, pois, havia no território, todos os elementos favoráveis para a dissimilação das epidemias do Paludismo. Entre desistir da criação do reino, o mesmo preferiu fincar ali mesmo, entre os dois rios e o mar, portanto um lugar de pântanos a cidade de São Felipe de Benguela. Dali nasceria uma cidade que teria o Paludismo como principal elemento para ser vencido.

A adaptação climatológica em certo ponto não foi difícil, mas a ocupação humana, traria uma complexidade entre o biológico e o social dando àquela comunidade uma situação epidêmica que avançaria do século XVI ao XXI, Benguela por ser a capital do Reino, sempre receberia uma população insuportável para os seus padrões de salubridade. A mesma estaria condenada para sempre às mais diferentes epidemias.

Assim, a cidade conviveu por mais de 300 (trezentos anos) com seus intermináveis pântanos, além de ser uma cidade muito freqüentada por navios de Luanda e do Brasil no comércio de escravos, cera e marfim. Houve momentos em que a mesma tornou-se inabitável: imaginem, cerca de dois ou três mil escravos armazenados em galpões da cidade, a fim de serem transportados para o outro lado

do Atlântico, onde a higiene básica não existia, onde homens, mulheres, crianças bebiam a mesma água, onde fezes e urina constituíam um único armazenamento pela cidade.

Assim, o vetor da Malária tinha plena capacidade de expansão, pois a vulnerabilidade e a receptividade alimentavam perfeitamente este ciclo. Benguela

os seus macotas que não sabiam ler, e o 2º. "Sargento Manuel Ernesto Teixeira". (Coelho, 1967, p. 8).

durante muito tempo, segundo seus moradores, ficou conhecida como: “o açougue humano”.

2.1. O lócus geográfico da fundação da capital do Reino de Benguela: vulnerabilidade ou receptividade palúrica na complexidade patogênica

FIGURA 03: IMAGEM DE 1491

Muito antes de a parasita da Malária ser descoberto dentro de um mosquito, suspeitava-se que os insetos causavam doenças, como sugere esta imagem de Hortus Sanitatis, um livro de Medicina muito lido a partir de 1491.



Fonte: FARREL, J., 2003, p. 160

A capital do Reino de Benguela nasceu através de um forte denominado São Felipe de Benguella, em 26 de Março de 1615. Este nome foi uma homenagem de Manuel Cerveira Pereira seu fundador, ao rei da Espanha, Dom Felipe.

Ela está localizada no Paralelo 12° 34' 17 no hemisfério austral e Meridiano 13° 22' 30 a leste de Greenwich, na costa oeste do continente africano, ao fundo de uma espaçosa baía.

Conhecida como mãe das cidades, o seu fundador a enaltece de forma brilhante dizendo de que a terra era fértil, talvez repetindo as palavras de Pero Vaz Caminho quando do seu registro sobre o Brasil. Teceu o seguinte comentário, em 16 de março de 1618: “a terra é mui fértil de todos os mantimentos e gados, escravos e marfim e que ali poderia desenvolver uma intensa agricultura, sem falar na pecuária, o marfim negro e o marfim branco”.

MAPA 01: REINO DE BENGUELA



Fonte: Arquivo Histórico Ultramarino de Lisboa, 1940.

Indubitavelmente, Manuel Cerveira não estava errado, pois, neste lócus cuja cidade está localizada, situava-se uma das maiores redes das bacias hidrográficas de Angola. Em Benguela existe uma rede hidrográfica muito grande, sendo que os rios Cavaco, Coringe e Catumbela são os seus maiores representantes, juntamente com os respectivos afluentes. Assim, cada cheia desses rios transforma suas várzeas em solos altamente férteis, comparando-se, por exemplo, às cheias do grande Nilo.

Essa terra úmida e rica pedologicamente não era cultivada ou explorada, pois, aquela população não possuía capital nem para povoar o reino, muito menos para a auto-sustentabilidade, desde os primeiros colonos. Então, as águas dos rios descritos acima e outros rios intermitentes que apareciam nas cheias, fizeram de Benguela um eterno pantanal; além da manutenção constante da insalubridade e temperaturas elevadíssimas. No entanto, para uma maioria, a localização de Benguela foi péssima devido à umidade dos pântanos então existentes e que somente desapareceriam 300 anos depois, desde o início da fundação da cidade no século XVII até no século XIX. Deste fato todos ressentiam principalmente os

soldados, oficiais e o povo que morria como parvos, acometidos de muitas moléstias entre elas o Paludismo.

A cidade no século XVII era constituída de pau-a-pique e adobe (espécie de argila amarelo), muito encontrado na África Austral. Porém, bastava uma chuva torrencial para desaparecer toda a casa ou mesmo a aldeia. Atualmente, o adobe é misturado com o cimento, dando uma maior durabilidade às casas. Abaixo um bairro construído para a ocupação dos refugiados da Guerra Civil, em Benguela, um exemplo de casas de adobe.

FOTO 03: BAIRRO DOS NAVEGANTES, BENGUELA.



Fonte: MANOEL, V., 1997

O impulso urbano de Benguela ocorreu com o tráfico de escravos, marfim e de suas salinas (extraídas até os dias atuais). Tais negócios ajudaram a vila de Benguela a tornar-se cidade imediatamente após sua fundação. Este fato a torna diferente da cidade de Luanda. Em 1650, o governador Salvador Correia tentou mudar a cidade para a Catumbela, mas não foi bem sucedido, até mesmo em função do Porto, sendo que as condições para a construção do Porto da Catumbela não suportavam as grandes embarcações, pelo fato do rio ser muito raso no seu encontro com o suporte da praia.

Além das instalações, o porto de Benguela, possuía todos os barracões para aprisionar as cargas humanas para o escravismo. Na Catumbela, a distância ficaria

até 06 km da vila. Segundo Bolota ³⁶, em 1680, houve nova tentativa de mudar a capital para o Morro da Casa Branca, ao fundo da baía, a sudoeste junto ao mar.

Como se pode ver, a evolução da cidade sempre foi tenebrosa, doentia e atropelada com uma desconfiança permanente durante muitos anos. Assim, Benguela não conheceu construções senão a de palhoça e de pau-a-pique, mesmo a cidade tendo um intenso comércio, inclusive praticado por alguns negros libertos. A cidade era extremamente bucólica, porém a melhor do mundo para negócios, do qual enriqueceram muitos colonizadores.

Desta forma, a cidade de Benguela atravessou o século XVII e chegou ao século seguinte. Somente, a partir do ano de 1748, portanto, quase metade do século XVIII, recebeu suas primeiras construções em pedra e cal, terminando assim a construção da igreja de Nossa Senhora de Popolo, uma das primeiras construções da cidade, que ainda hoje é a representação máxima da arquitetura benguelense, engravada no embrião da cidade.

Sendo uma cidade insalubre, com um clima sufocante, Benguela continuava crescendo comercialmente - os dados econômicos mostram uma cidade próspera, principalmente no que tange ao comércio de escravos negros, tanto é que em 1761, vieram para o Brasil 3.924 (três mil novecentos e vinte quatro) escravos, transportados em 11 (onze) navios, que renderam 34,221\$ 50 reais à Real Fazenda.

Em 1766, foi criado o 2º hospital de Benguela de São Felipe, além das províncias que estavam ligadas ao reino da mesma, que eram: Ver Tabela 08:

³⁶ (...) “Continuando a impressionar os arrojados pioneiros, voluntários e involuntários, caídos nas suas terras pantanosas, com a impiedade de um clima monstruoso, espécie de calcinação voraz e insaciável de corpos martirizados, Benguela lembrava, periodicamente, a todos eles, a necessidade improrrogável de mudar de sitio, tanto maior quanto era certo os seus longínquos sertões acenarem, aos traficantes, confidentes possibilidades de mão de obra, destinado á exportação. Um alvitre desta natureza foi feito a Menezes e Souza, em fins de 1677, que mereceu a sua aprovação, depois de ouvido a Junta Consultiva de pessoas geradas de Luanda. A mudança far-se-ia para o Morro da Casa Branca, que distava da baía um tiro de canhão e meia légua da povoação fundada por Cerveira Pereira, em direção ao sul. Reconhecendo pela prática e pela instituição, que as zonas alagadiças da pequena aldeia eram a fonte dos cantantes malefícios, expiação torturante de condenados á morte, a população pretendia fugir a elas, para os morros próximos, de molde a assegurar a fixação em lugar menos torturante.” (Coelho, 1967, p. 37, 38-49).

TABELA 08 – PRINCIPAIS PROVÍNCIAS DO REINO DE BENGUELA EM 1766

PROVÍNCIAS	POVOAÇÕES
BAILUNDO	NOVA COLEGÃ
BIÉ	AMARANTE
GALAGUE	LINHARES
HUILA	ALBA NOVA
INVANGANDO	BORBA
LUCEQUE	SARZEDAS
PROVÍNCIA	POVOAÇÕES
QUILENGUES	SALVATERRA DE MAGOS
QUIPEIO	PASSO DE SOUZA
QUITATA	VILA VIÇOSA
TINDE	NOVA BELÉM

Fonte: (BOLOTA, 1967, p. 41)

Apesar do crescimento do Reino de Benguela muitos hesitou em morar ou mesmo ocupar a cidade de Benguela, mesmo em pleno século XIX, momento em que o desenvolvimento da Medicina tropical começa a chegar a muitos lugares do mundo tropical por muitos cientistas, na busca de medicamentos com maior eficácia. Em Benguela, os mais ricos procuram outras cidades do mesmo reino ³⁷.

Aqueles que possuíam melhores condições econômicas, geralmente iriam restabelecer-se da Malária ou de outras enfermidades obtidas em Benguela, em Mossâmedes. Mesmo lá, apesar do bom clima e da diminuição dos mosquitos, faltava conforto para os mais abastados da sociedade Benguelense. Assim, foi

³⁷ “Pela benignidade do seu clima, depressa aquela região se tornou conhecida dos habitantes de Benguela. Era para lá que os colonos abastados iam convalescer das doenças, não obstante faltarem lá os mais elementares recursos para um regular passadio. Porque não comércio com o interior e porque o pouco que havia no local, a povoação pouco progrediu, mal parecendo, durante muito tempo, ser o principio da bonita cidade que é Mossâmedes de hoje. Em 1851, havia ali apenas uma pequena colônia, vivendo na maior miséria, sem comércio e sem agricultura, o que levou o Governo, em janeiro de 1851, pedir a Câmara Municipal de Benguela para promover o que estivesse ao seu alcance à fim de acudir às necessidades dos colonos”, (DIAS, 1937, p. 36)

encontrada uma saída para o problema, sendo fundada uma nova cidade na baía das Ostras. Ela seria denominada de Lobito³⁸.

A passagem do século XVIII para o XIX ocorreram mudanças no contexto econômico mundial, que representaram um duro golpe para os negociantes de escravos de Benguela, pois, estes não estavam sujeitos às novas leis, que até ao final de 1850, permitiram uma forte fiscalização da marinha real inglesa, não só no confisco dos navios negreiros como também às novas concepções anti-abolicionistas; além de poderes de julgamento aos proprietários dos navios. Tais alterações no sistema provocaram um desgaste nas relações diplomáticas, já conturbadas, entre Portugal e Inglaterra, que se arrastavam desde os primeiros anos do século XIX.

Em tempos de dificuldades econômicas e diplomáticas, a Proclamação de Independência do Brasil repercutiu fortemente na metrópole, principalmente sob os domínios ultramarinos portugueses. Tais fatos foram os principais responsáveis pela desagregação do império luso-brasileiro.

Os portugueses acostumados desde então, em tirar proveito indiretamente do comércio de escravos, pela transferência para o Reino dos lucros dos negreiros, sendo que muitos destes comerciantes eram de origem portuguesa; este fato

³⁸ “Quando, devido á insalubridade, Benguela esteve para ser abandonada, fundando-se a nova cidade na baía das Ostras – Lobito várias alvitres apareceram, mas nenhum foi seguido, em virtude das dificuldades para levar á cabo tal empresa”. Faltava recursos monetários e técnicos.

Em outubro de 1842, os habitantes de Benguela pediram para o Governador Central a efetivação da mudança da cidade. Obstaram a que o pedido fosse satisfeito a falta de água na baía do Lobito e de recursos para o encanamento da água do rio Catumbela.

Não tinha ainda chegado à época para o desenvolvimento do Porto do Lobito, que só viria passado sessenta anos com a construção do Caminho de Ferro de Benguela, via de penetração para toda África Austral.

E recorde-se que a época em que se pensou no abandono de Benguela foi mais critica na qual passara a cidade.

O tempo em que o oiro corria a rodos e transformava a cidade numa espécie de Monte Carlo dos trópicos tinha passado. As moedas portuguesas, as patacas brasileiras, os dólares americanos e os pesos espanhóis e mexicanos tinham desaparecido da circulação. E o comércio, com a extinção do tráfico da escravatura, recebera um golpe mortal e atravessava uma crise pavorosa, da qual, só passados bastantes anos de vida vegetativa, se libertou – ao desenvolver-se a permuta de gêneros colônias que até então eram relegados para um lugar secundário“. (IDEM, 1937, p. 34).

causou espanto, pois eles imaginavam que jamais o domínio sobre as colônias poderia vir a se romper³⁹.

Neste aspecto, se estabelece um ponto importante para Benguela aproximar-se do Brasil, pois, todo o comércio de escravos estava diretamente sob o domínio dos portos brasileiros. Portanto, ficaram claras todas as intenções e possibilidades para Benguela responder ao Brasil. Havia aí um jogo de interesses comerciais dos escravistas do porto de Benguela. Neste contexto, a Grã-Bretanha exerceu uma forte pressão, já no início do ano de 1823, no Rio de Janeiro, contra qualquer anexação das possessões africanas de Portugal ao Brasil, fato este, que dificultaria o combate contra o tráfico de escravos no Atlântico Sul e quebraria o domínio da Inglaterra nestas áreas. Para resolver a questão, o Tratado Luso-Brasileiro, de 29 de Agosto de 1825, consagraria uma renúncia integral do Brasil nos territórios africanos.

Com o fim do império, restava a Portugal reunir seus enclaves na África e partir para uma nova empreitada no continente negro. O que fica notório é que Portugal teria que encontrar um novo centro de mais-valia, desta forma o interesse por Benguela acentuou-se ainda mais, com as tensões e desagregação do sistema colonial. Neste caso, o aperto da metrópole sobre as colônias, em especial, Angola,

³⁹ “”. No entanto, a evolução política luso-brasileira não deixou de repercutir nas colônias de África, nomeadamente em Angola e Moçambique, onde, na seqüência do desencadear do processo liberal em Portugal e depois no Brasil, em começos dos anos 20, se fez sentir uma crise de legitimidade da autoridade de Coroa, que levou á substituição dos governadores e capitães–gerais por juntas de governo.

A emergência destes poderes locais ocorreu num momento crucial – quando estava já em curso o confronto entre as Cortes portuguesas e os independentistas americanos, colocando as possessões africanas na necessidade de escolherem entre a obediência a Lisboa ou ao Rio de Janeiro. Dado o peso das relações econômicas com o Brasil, tendo como centro o tráfico de escravos, e os múltiplos laços que elas propiciavam (acentuados ainda durante a permanência da corte no Rio, de 1808 a 1821), seria de presumir que as colônias de África seguissem o caminho dos seccionistas brasileiros, furtando–se ao domínio político da antiga metrópole. Esta presunção é apoiada pelos muitos ofícios, provenientes que de Angola que de Moçambique, que assinalavam a força do «partido brasileiro» em ambas possessões, com maior peso nas zonas mais periféricas em relação ao poder central – Benguela e Zambézia, donde teriam chegado a sair propostas concretas de união ao Brasil, desde que o Rio se dispusesse a apoiá–las”. (ALEXANDRE, 1998, p.25)

poderia ser uma alternativa para uma questão da própria identidade nacional, num período em que o desaparecimento do império era quase que eminente⁴⁰.

E com a independência do Brasil e das fortes pressões para o fim do comércio de escravos, em meados de 1850 a metrópole sofreu um grande golpe econômico, que criaria impactos endógenos e exógenos, fragilizando o império.

Na perspectiva externa, o maior abalo ocorreu por conta do fim do comércio de escravos. Na segunda metade do século XIX, onde ficou evidente “o atraso econômico português” e a redução drástica do crescimento e desenvolvimento, entre 1850 e 1930, de acordo com as teses de diversos historiadores portugueses sobre o século XIX. Conforme Reis (1992, p.12 - 13) afirma:

“1ª razão: Essencialmente são três as teses que tem sido utilizada para explicar este fracasso”. Segundo uma delas, o mal radicava-se na dependência externa do País. Durante o século XIX, Portugal foi forçado a especializar-se na produção de produtos primários, uma boa parte da qual era exportada para um mercado largamente dominante – a Inglaterra. Em consequência da falta de proteccionismo alfandegário, imposta em larga medida por este último país ao pelos interesses sectoriais portugueses mais ligados a ele. Em virtude de ser exportada uma elevada proporção do PBB, o crescimento da economia portuguesa ficava condicionado ao da economia dominante com desvantagem de o seu ritmo lhe ser forçosamente inferior.

2ª razão: Um segundo tipo de análise atribui o atraso econômico à estrutura fundiária vinda do Antigo Regime e depois alterada e consolidada pelas reformas liberais do século XIX. Disto resultou uma excessiva concentração de propriedades nas mãos de latifundiários do Sul, a par de uma excessiva fragmentação e dispersão da propriedade camponesa do Norte. Em ambos estes sectores imperavam os fracos rendimentos culturais e a baixa produtividade, sendo as respectivas condições socioeconômicas impeditivas de uma modernização técnica que mudasse substancialmente este estado de coisas.

⁴⁰ “No quadro assim definido, o terreno colonial surgia naturalmente como o mais propício á afirmação do País no concerto das nações, dando continuidade à longa tradição histórica – uma idéia aceite com tanto maior facilidade quanto era certo que na metrópole se desconheciam geralmente os estreitos limites do exercício da soberania de Portugal em África e sobretudo os obstáculos que o seu reforço encontraria.

“Esta opção teve sua primeira expressão política ainda no regime liberal, com o envio, em 1823, de um batalhão expedicionário para Angola, num total de 280 homens, encarregado da defesa da possessão contra um eventual ataque brasileiro.” (IDEM, p. 28).

3ª razão: A terceira categoria explicativa do atraso português chama a atenção para as estruturas sociais e mentais da época. Argumenta que elas eram avessas ou, pelo menos, pouco propiciadoras das transformações profundas que as revoluções agrícola, industrial e dos transportes exigem. Mesmo depois das revoluções políticas e das conseqüentes reformas (ou, segundo alguns, por causa delas) persistiu, ao longo de todo o século passado, «a força e a rigidez da dominação aristocrática - religiosa da sociedade de antigo regime». Por outro lado, a burguesia portuguesa, dividida, fraca e indecisa, era incapaz de se libertar das atitudes e comportamentos anacrônicos adquiridos juntos da aristocracia tradicional, sua mentora. Em conseqüência, escasseavam os talentos de empresários verdadeiramente empreendedores e modernizantes, sobretudo na actividade industrial, e o capital fluía para a compra de terrenos e de títulos, ou de nobreza ou dívida pública. “O Estado, dominado pela burguesia associada ao import-export, beneficiária da dependência externa, não fornecia um enquadramento legal e institucional propício ao desenvolvimento econômico”.

O que fica em evidência, é que a revolução liberal permitiu, também, uma nova possibilidade para a busca das soluções desta crise. Havia vozes na multidão que acenavam uma nova oportunidade, com sugestões advindas de todos os lados, alguns até reclamavam uma política ativa para o ultramar, considerando o império uma das prioridades nacionais. Aliás, está discussão já havia ocorrido desde os anos 20, no sentido de se efetivar em projeto colonial na África, pois, conscientemente todos carregavam uma certeza: a sucessão do Brasil teria que vir de algum lugar, mesmo se custasse uma parte da reduzidíssima economia portuguesa.

Foi seqüencial a progressão da ocupação real no continente africano com discussões na imprensa e no Parlamento, entre 1834 até 1850 e ao longo de todo o conflito acerca do tráfico negreiro com a Grã-Bretanha. Em Portugal havia duas grandes temáticas ambas ideológicas, a primeira era: o “mito do eldorado”: que correspondia á crença inabalável da riqueza das colônias africanas, na sua extrema fertilidade, nos tesouros ainda por explorar, além das minas de ouro e de prata.

A segunda era: acreditavam cegamente em poder tirar da África tudo aquilo que o Brasil ofereceu à metrópole, acreditavam, ainda, na prosperidade e até na possibilidade de transformar o continente negro numa grande área industrial. Era evidente que os recursos não faltavam, mas aonde Portugal iria conseguir tanto capital para investir?

Nas discussões, nem cogitavam a possibilidade de um arrendamento das colônias (isto aconteceu no caso de Moçambique, que foi arrendada para os ingleses).

Acreditavam, também, na possibilidade de uma grande civilização, na qual a adaptação às novas culturas dos brancos transformaria o clima hostil e insalubre das colônias tornando-o totalmente adequado à onda de imigração.

Todo este imaginário fazia parte de um outro mito dentro da abordagem colonial, que era a herança sagrada, onde toda a conservação do território ultramarino era um imperativo histórico categórico, sobretudo nas grandezas dos heróis conquistadores do novo mundo e da velha África.

Não havia a possibilidade da perda de qualquer domínio na mente dos liberais. Desta forma duas alternativas perseguiram a metrópole na ordem da colonização: “o colonialismo econômico e o colonialismo de prestígio”. Portugal teria que mostrar sua importância, mesmo com a economia extremamente debilitada e com uma aristocracia em pleno convalescimento: as forças políticas dominantes teriam que se transformar e as mudanças teriam que ocorrer. Assim, o século XIX desempenhara, em Benguela, novas dinâmicas políticas e sociais, resultando aos anseios desejados, desde a sua fundação em 1615.

Tais transformações levaram a cidade, bem como seus comerciantes, a novos desafios na manutenção do status-quo, anteriormente conquistado em toda África Subsaariana.

Assim, Benguela não poderia ter em sua pauta de exportação os escravos como principal atividade (o Brasil, que era um grande consumidor, aboliu a escravatura em 1888). Desta forma, os benguelenses desenvolveram a agricultura, levando-a para a região do Vale do Cavaco e nas áreas circunvizinhas desenvolveram a produção agrícola de hortifrutigranjeiros.

Outra fonte rentável foi à pecuária em suas extensas áreas de várzeas formadas pelos seus rios. Mas, o destaque da sua produção estava na pesca Benguela sempre foi um excelente ponto de produção de peixes devido à sua corrente marítima fria, onde os peixes acabam buscando seus alimentos, tornando, assim, uma das cadeias onde todas as espécies encontram-se na tentativa de buscar plânctons marinhos. As salinas aparecem em função das altas temperaturas do lugar, as mesmas transformaram a cidade num grande produtor de peixe seco, prato este muito apreciado na cozinha angolana.

Ao final do século XIX, a população de Benguela, já detinha uma estabilidade, ou seja, era fixa, pois o comércio de escravos já havia se extinguido há muito tempo. Assim, a população pendular ou flutuante deixou de existir. Apesar da fraca circulação, as epidemias de Malária e outras doenças, não pararam de castigar a cidade. Veja este relato ⁴¹:

A grande epidemia palustre e biliosa, associada às outras doenças poderia ter ocasionado uma menor mortalidade, porque a cidade de Benguela ainda não havia terminado as obras do cemitério dos europeus. Concluído na gestão do Governador Justino José dos Reis (Fidalgo de Cota D'Armas, Comentador da Ordem de Cristo, Subprefeito de Benguela e Tenente-Coronel das extintas Milícias). O mesmo governou Benguela no período de 19 de novembro de 1835 até 29 de maio de 1838, sendo a sua gestão marcada por terríveis crises sanitário-ambientais. O controle epidemiológico na sua gestão foi difícil, na medida em que a mortalidade em Benguela aumentava. A cidade possuía apenas o cemitério dos indígenas, no qual os europeus recusavam serem enterrados, muitos deles preferiam as péssimas condições de sepultamento na igreja, onde já não havia espaços suficientes, nem mesmo para cavar novas sepulturas.

Mesmo assim, em reunião no dia 16 de março de 1836, ficou decidido o local da construção do novo cemitério, em virtude de um decreto régio de 21 de setembro de 1835, que mandara construir cemitérios públicos em todo o território da monarquia, a fim de acabar com enterros em igrejas, sendo o mesmo inviável para o

⁴¹ “Em 1837 a cidade sofreu às conseqüências de uma pavorosa epidemia”. Porque os habitantes desconheciam as causas da insalubridade do clima, ocasionava constantes doenças, principalmente febres palustres e biliosas, eram os europeus, tanto como os próprios indígenas, dizimados assustadoramente, sem que se descobrisse remédio que atenuasse tão calamidade. Além dos pântanos e do desregramento no viver, havia a aglomeração dos escravos nos quintais á espera dos navios que os conduzisse á costa americana. E isto concorria para o horrível estado sanitário da cidade.

Porém, os anos mais calamitosos que o distrito viveu foram 1840 e 1841. Benguela transformou-se num cemitério. Os indígenas morriam ás centenas pelas ruas e pelos subúrbios da cidade, com a Fome, com a Varíola, Paludismo e outras epidemias que vieram criar a desgraçada situação.

A fome, motivada pela inconstância das chuvas de 1837 a 1841, era o principal motivo da mortandade. A seca terrível exterminou, assim, metade da população do Distrito. (IBIDEM, 1937, p. 35-36)

controle sanitário e higiênico. Havia ainda a saturação do espaço devido a grande epidemia que atingia a cidade⁴².

A questão da construção do segundo cemitério, somente ficou resolvida em função das emergências, além disso, a cidade estava bastante abandonada pelas gestões anteriores, com ruas cercadas por matagais, com muitos buracos causados pela escavação para retirar o adobe (argila básica para construção de casas). Desta forma, mesmo com dificuldades, Benguela busca uma contenção sanitária, assustada com a mortalidade de 1838. As primeiras intervenções ocorreram 50 anos antes ao Governo de Justiniano, quando o Governador Paim da Câmara Vasconcelos de Ornelas obrigou que os cadáveres fossem enterrados, até então, os indígenas capturados, que faleciam pela Malária ou outras pestes, eram abandonados nas praias ou nas bordas dos pântanos, sendo depois, em alguns casos, devorados por animais selvagens.

A crise de 1837, que perdurou até 1841, não representou o fim do complexo patológico da cidade, e assim, os novos fazendeiros antes de obterem novas propriedades no interior da província sempre mandavam uma expedição de médicos e cientistas para estudar o terreno, a fim de ficarem livre das insalubridades e dos mosquitos da “Cidade mãe das Cidades”, como é conhecida Benguela. Nos relatos do Major-Médico Antonio Bernardino Roque, do início do Século XX, aproximadamente 76 anos após a grande epidemia que quase dizimou toda

⁴² “O local contudo, só foi escolhido em 16 de julho, e em sessões públicas do município, ficando um pouco afastado do cemitério dos indígenas, no alto do Calundo, embora houvesse opiniões que defendessem a sua colocação próxima da igreja, as quais foram contrariadas pelo governador, por serem contrárias á salubridade pública.

Dádivas generosas permitiram o inicio da obra, que não teve conclusão imediata, por ser esperar que a cidade fosse transferida para a Catumbela; e, como em Agosto, durante a sua paralisação, tivesse lavrado a grande peste, que matou muita gente, a Câmara pediu licença para enterrar os moradores europeus no cemitério do Coringe, proposta indeferida pelo governador, por aquele ter murros caídos e também por se lembrar de que como já eram muito pouco Deus não seria tão desumano, que lhes permitisse a mudança deste mundo tão breve, que fosse preciso tomar jazido naquele cemitério», desde que havia, um quase concluído, que não levava muito tempo a ultimar.” (DELGADO, 1948, p. 118).

população, quando questionado pelo proprietário das terras: “e quanto ao Paludismo, como é no Bocoio?” Respondeu o Major-Médico ⁴³:

Segundo o Major-Médico Antônio Bernardino Roque, a localização da Cidade de Benguela era ideal na constituição epidêmica do Paludismo, pois, seus pântanos serviam para abrigar a reprodução dos vetores da doença, neste caso, os mosquitos que apareciam como verdadeiras nuvens na cidade, tanto durante o dia (final da tarde) quanto durante a noite. Era impossível qualquer tentativa para dormir na cidade sem ser incomodado pela nuvem de mosquitos infectados por diferentes tipos de plasmódio, pois, naquele tempo já se conhecia diferentes tipos de Paludismo, que infectavam as colônias portuguesas pelo mundo. Para o médico, um dos problemas mais graves no combate do mosquito, era a insalubridade que acometia toda a cidade. De um lado tínhamos um calor intenso e do outro as águas paradas, depois das fortes chuvas, ocorridas em Benguela; chuvas estas capazes de revigorar os rios permanentes como o Catumbela e os temporários como: Cavaco e Coringe. No caso do Coringe, durante muito tempo este inundou a cidade, somente em 1995 o canal do mesmo foi inaugurado a fim de transportar suas águas até a Praia Morena, cortando a cidade em toda a sua extensão.

Apesar de ser temporário (rio que fica seco durante o período de verão e de baixa pluvialidade), este rio deu muito trabalho às autoridades sanitárias de Benguela.

Nele, foi constituído um verdadeiro criadouro de mosquitos, além do outras doenças como: febre tifóide, desintérias ou diarreias, Cólera, sempre em função do

⁴³ “Eis uma pergunta a que é difícil responder cabalmente, atenta a pequena demora da minha observação; mas tomando em contas as informações, alguma coisa de positivo se pode assentar. E assim desde já posso afirmar que o Bocoio é uma região onde a infecção palustre nem de longe poderá ter a gravidade dalgumas regiões palustre que conheço de Portugal. Não há dúvidas que lá existe anófoles...”

Também é verdade que na casa em que encontrei o anófoles tive ocasião de observar seis crianças, pretas e mulatas, em que todas encontrei o esplenomegalias, nuns, nos mais novos, mais acentuada que nos mais velhos...

É verdade que estamos no começo da estação fria: mas a verdade também é que eu tinha acabado de chegar de Benguela, onde eles nem de noite nem de dia deixaram de nos perseguir.

- “De resto todos sabem que tanto anófoles como os outros mosquitos precisam para postura dos ovos um ambiente de quietação, que o declive e a ventilação dos terrenos do Bocoio não permitem”. (ROQUE, 1922, p. 6-7)

uso coletivo das suas águas. No entanto, o médico recomenda comprar as terras do Bocoio, pois além dos ventos serem constantes, não havia qualquer possibilidade da formação das nuvens de mosquitos, porque o Bocoio não era insalubre como a terra dos Mombacas (Benguelense). Percebe-se que o intuito das expedições estava centrado não só nas condições geomorfológicas, mas principalmente na Geografia Médica do lugar, até para que os europeus ao se instalarem não fossem surpreendidos pelo complexo patogênico da Malária no Reino de Angola e Benguela, conhecida até então como o “açougue humano”.

2.2. A Geografia Médica das possessões ultramarinas portuguesas e as ações da Policia Sanitária no Reino de Benguela e Angola

Um aspecto importante na Geografia Médica Ultramarina do império colonial português foi que o sistema nunca deixou de estudar e analisar a distribuição espacial das doenças nas suas possessões.

Muitas vezes, tais relatos eram desenvolvidos nas viagens de imigração ou exploração dos territórios, assim surgiram muitos ensaios sobre enfermidades não só em Angola, mas em todas as colônias portuguesas, no Brasil, no Reino de Benguela, no Reino de Angola, em Moçambique, no Cabo Verde, na Guiné Bissau, em Macau e em São Tomé e Príncipe. Em termos médicos, terapêutica colonial ou modelos etiológicos, a Geografia Médica das possessões portuguesas era a chamada Medicina ocidental.

Os modos operantes garantiram durante muito tempo o domínio da metrópole também, sobre a colônia no campo médico-hospitalar; assim sendo, a Geografia Médica foi garantia de instalação de uma sistemática que separou do homem autóctone seu corpo e a sua alma, tornando qualquer alternativa de mudança uma subversão a ideologia do Estado.

Há duas grandes tendências dentro ciência médica:

- a Medicina centrada na doença e cujo sistema de representação é comandado por um modelo antológico de natureza freqüentemente física;

- a Medicina centrada no homem doente e cujo sistema de representação é comandado por um modelo relacional que pode ser pensado em termos fisiológicos, psicológicos, cosmológicos ou sociais.

No primeiro caso, temos a Medicina Hipocrática. Por ser a Malária ou o Paludismo uma ação constante no corpo humano de febres intermitentes, onde não se acredita (imposição ocidental) numa Medicina Relacional, ficou “compreendido” de que toda a questão da Malária era apenas uma questão médica, nunca um problema da Medicina social.

Desta forma, para a Geografia Médica, a epidemia era causada pela simples falta de regras médicas ou higiênicas por parte dos nativos e a solução seria baseada apenas nas patologias existentes, para uma exterminação de todo o mal que assolava os grupos locais.

Neste contexto, os médicos formados na metrópole, ao entrar em contato com a cultura médica indígena, descartavam qualquer conhecimento destes, portanto, toda e qualquer manifestação era considerada “bruxaria” ou “feitiçaria”, na análise da Medicina antológica.

Estes médicos não possuíam um verdadeiro conhecimento da antropologia da doença, porque não havia tais discussões durante a sua formação acadêmica. Podemos citar o grande pensador e alquimista Zoroastro, que numa época bem remota, antecipando a Antropologia da Saúde, já afirmava que havia três tipos de curandeiros: os que curavam através das plantas; os que curavam através da faca e àqueles que curavam através das palavras; assim, ele já exemplificava a quimioterapia (plantas) e a cirurgia com a retirada do órgão doente (faca), tais conhecimentos, poderiam ser perfeitamente usados na atuação e combate das patologias com alternância de terapias da Medicina ocidental.

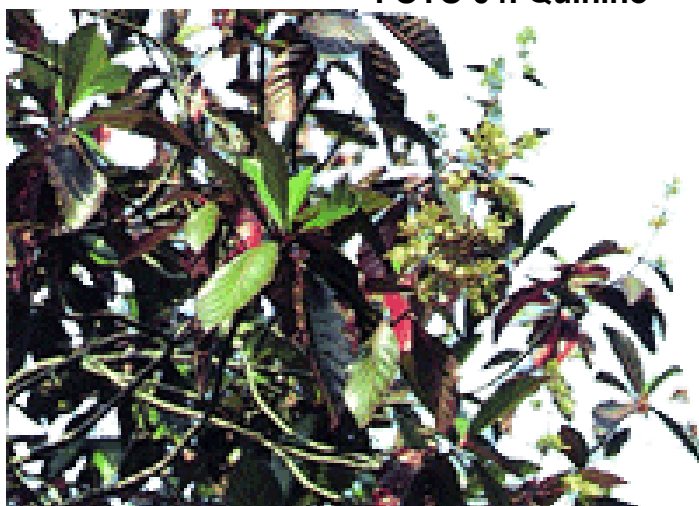
Com tais conhecimentos, os médicos poderiam associar a alopatia à homeopatia e assim, conviver de forma harmônica com a população local e ainda, usufruir desta representação mágico-religiosa da doença (homeopatia) e associar a representação individualista da doença (alopatia); por exemplo: terapias rituais em conjunto com as terapias médicas; fundamentos da fé com os fundamentos exclusivamente naturais do tratamento; o leito do enfermo (casa ou a mata para os indígenas) junto com o hospital e laboratórios (quando necessário); empirismo e sistematismo, etc. Enfim, cada patologia deveria seguir o seu modelo etiológico ontológico em conjunto com o relacional.

Porém, para a Geografia Médica da época, dominante e imperial, as discussões do tipo: antotológico-relacional, exógeno-endógena, subtrativo-aditiva, benéfico-maléfica, alopático-homeopática, exorcista-adorcista e sedativo-excitante, não comungavam com a Medicina ocidental da época. Não havia a possibilidade de uma Medicina baseada em crenças mágico-religiosas ou mesmo nas superstições, porque a Medicina levou muito tempo para sobrepor-se sobre todas as espécies de curas, na qual o triunfo da objetividade aborda somente o corpo, separado da mente. Questionar o mecanicismo do corpo humano seria uma tragédia para os “novos conhecimentos”.

Desta forma, a Medicina era totalmente voltada para o foco no corpo doente e catalogava constantemente as epidemias. Além disso, viviam autoridades representantes do governo português nestes lugares e muitos deles faziam estágios médicos nas respectivas colônias.

Os médicos coloniais tinham uma dupla missão: de um lado à morte pelo Paludismo, através de uma Geografia Médica imposta pela Medicina ocidental, e do outro lado, as superstições dos indígenas que para estes médicos era a principal causa que os levava ao óbito.

As raízes da identidade cultural dos povos bantus do Sul de Angola, deveriam ser combatidas. Os novos medicamentos (DDT) e o Quinino estavam prontos para erradicar a Malária das colônias e neste contexto, para os médicos coloniais não havia necessidade de nenhum conhecimento antropológico da Malária, sendo que as causas da morte ou do sinônimo da morte já eram conhecidas. Ver Abaixo árvore do quinino usada principalmente pelos indígenas na cura da malária.

FOTO 04: Quinino

Fonte: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), acesso em: 28/03/2006.

Qualquer contradição á essas tendências médicas passavam por um problema da neutralização das feitiçarias ou bruxarias ou ainda de uma luta da Polícia Sanitária, principalmente, para impor à população local a importância da adequação nos novos moldes da Geografia Médica. Fato este que ficava evidenciado diante dos picos epidêmicos ou mesmo quando ocorria excesso de mortalidade entre as crianças e adultos imigrantes, no Reino de Benguela ou Angola. Para os médicos coloniais a principal causa era o Paludismo associado ao local sequitário (ou seja, a epidemia ocorria sempre no mesmo lugar).

A luta era regional, típica da Geografia francesa de La Blache, higienizar o meio com pulverizações era a base para sanar o corpo. Quando o socorro médico não chegava até os indígenas, outras medidas seriam empregadas, por exemplo, alternativas médico-religiosas. Os médicos solicitavam a intervenção da Igreja, para alcançar estes locais mais longínquos. Porém, muitas vezes tais práticas eram combatidas pelos apreciadores do sistema, como as chamadas missões religiosas católicas ou protestantes. Eles sabiam que para os indígenas todas as doenças tinham suas origens por duas causas genéricas: o feitiço ou o espírito de um antepassado.

A crença persistia e na ausência médica, o primeiro a ser consultado era o curandeiro, a resposta baseada na Medicina local vinha imediatamente e o diagnóstico ocorria de acordo com a tradição.

Consultar um adivinho ou feiticeiro para os bantus, sempre foi uma forma sabia de combater o “feitiço” ou a “visita de um espírito”. Veja o relato deste padre, que tenta descaracterizar a Medicina dos indígenas⁴⁴:

A presença do feiticeiro, tanto no caso das doenças infantis como adultas, mesmo antes da ocupação foi sempre uma atividade médico–espiritual de relevância. Com a chegada das etiologias ocidentais nas possessões portuguesas, tais culturas de cura do corpo e da alma passaram a ser hostilizadas e trocadas por uma outra forma de cura praticada em todas as colônias.

As atitudes ficavam mais contundentes quando os conflitos transformavam–se em verdadeiras guerras tribais, pois, as cerimônias eram hostilizadas pelos chamados assimilados, muitos continuavam com o tratamento até o final, sem recuar aos mandamentos da Medicina tradicional dos médicos curandeiros, assim, o paciente seguia um grande ritual composto por sacrifícios e oferendas obrigatórias para eliminar o mal.

Havia muitos indígenas que rejeitavam o policiamento médico da colônia, pois, dentro da sua consciência poderiam preservar (e preservaram) vários conhecimentos desta Medicina, mesmo diante da Polícia Sanitária do imperialismo.

A prática do curandeirismo possui toda uma lógica milenar nas diferentes formas de interpretação das principais patologias que aparecem nos indígenas.

Mesmo com tais conhecimentos, os estudos sobre o Paludismo tiveram que avançar, pois a população branca passou a representar um número significativo tanto no Reino de Benguela quanto o Reino de Angola. Visto que, já no início do

⁴⁴ “O feitiço: torna–se, pois necessário subtrair o doente a influência malfazeja do «feitiço»”. Antigamente, sobretudo se a criança doente era filho de algo, pessoa acusada de ser «enfeitado», arriscava–se a ser presa e barbaramente executada, especialmente depois da sentença ter confirmado por um, ou mais, outro adivinho. Hoje em dia, o único – ou quase (pois existe também o contra–ataque directo) recurso que resta para anular ou diminuir a acção danificadora, é afastar–se o mais possível do domicílio do feiticeiro.

(...) já o Espírito dum antepassado, a primeira vista, pode parecer estranho que pequeninos seres humanos, ainda irresponsáveis, possam ser sujeitos de uma visita de um espírito de outro mundo. Mas a lógica primitiva não faz nenhuma exceção e como o papel de quem é assim visitado é de natureza passiva, não há razão por que crianças não possam ser castigadas por doenças que têm por origem a alma de um antepassado. “Neste caso pra conjurar e aplacar o «ente sobrenatural» irado procede-se com a criança as mesmas cerimônias de expulsão e oferecem–se determinados sacrifícios, como se tratasse de um adulto”. (ESTERMANN, 1928, p.81)

século XX, os estudos sobre a Malária nas colônias ultramarinas, passaram a ter maior concentração naquela doença que alcançava índices de mortalidade acima da média em relação às outras patologias, configurando-se no maior desafio tanto para as colônias como para os médicos.

Não podemos deixar um conhecimento da Antropologia Médica, com suas ordenações e responsabilidades sociais, em troca de uma Geografia Médica imposta principalmente pela indústria farmacêutica da época. Assim, o conhecimento da farmacologia com práticas abusivas usou da distribuição espacial da doença, para reafirmar todos os seus propósitos capitalistas. Alguns pesquisadores iniciaram com seriedade uma sistematização do conhecimento dos nativos, mostrando uma nova Geografia da Saúde (totalidade).

Tais estudos acabaram sendo esquecidos em nome de uma Geografia Médica imposta pela ideologia do Estado no imperativo categórico em ser “dono dos territórios” ultramarinos, subvertendo todos que acreditavam na saúde equilibrada entre corpo, mente e o meio físico ambientalmente equilibrado.

Neste contexto a Medicina ocidental foi além de uma simples compreensão do corpo, mas, buscou extinguir de uma vez por todas, a concepção da alma, como elemento do subjetivismo humano. Todo e qualquer diagnóstico teria que ser de forma mecânica e cartesiana. A especificidade das doenças, seria analisada patologicamente através da anatomia ou a anatomopatologia, apoiando-se num rigoroso essencialismo e centrada não nas “entidades”, mas, sim, nas “formas” ou variedades “mórbidas”, em conexão direta com os danos orgânicos.

Apesar do pleno avanço da Medicina Ocidental, a busca pela cura do Paludismo através das ervas permaneceu nos atos dos grupos distantes da assistência médica indígena. Este fato fica comprovado nos documentos encontrados e relatórios do botânico, farmacêutico e pesquisador do século XIX, no Reino de Benguela, João Cardoso Junior.

Segundo o farmacêutico, em seu livro “Subsídios para a Matéria Médica e Terapêutica das Possessões Ultramarinas Portuguesas”, a árvore *Adansônia digitata* (Bombaceas), conhecida vulgarmente com o nome de Pão de Macaco em Benguela, era e continua sendo uma erva natural que possui propriedades terapêuticas quando sua casca fervida é utilizada. Sua pesquisa foi comprovada, mas nunca se tornou um medicamento popular nas comunidades; não era nada interessante para a indústria de medicamentos da Europa.

Portanto, seus relatos acabaram ficando em prateleiras no Arquivo histórico Ultramarino. Ele aprofundou seus estudos, desenvolvendo até a dosagem correta para ser usada pelos pacientes. A dose utilizada era de 30 gramas por litro de água e costumava ser eficaz contra as febres palustres. Esta receita para o tratamento do Paludismo foi desenvolvida em pleno século XIX, e foi colocada em desuso pela possante Geografia Médica e pela Policia Sanitária da metrópole sem qualquer escrúpulo.

Concluimos que um conhecimento secular dos indígenas, pesquisado e comprovado pela ciência do homem colonizador, nunca foi difundido para a população. O encontro deste documento reforça uma máxima das políticas de Saúde Pública em Benguela, elas sempre estiveram camufladas, sem o domínio popular das curas domésticas ou de uma escolha pela mesma. A cura do Paludismo e de outras enfermidades que levou ao óbito muitas vítimas poderia ser feito através das plantas e ervas. Para que servia tanto conhecimento autóctone acumulado muito antes da colonização e menosprezado pela Medicina ocidental?

Este pequeno relato sobre o uso Medicinal do “Pão de Macaco”, de Benguela, que tive a oportunidade de encontrar num minúsculo relatório de um Botânico, está até hoje arquivado nos documentos ultramarinos, apesar da Malária continuar dizimando milhares e milhares de pessoas, não somente em Benguela, mas, em toda República de Angola e em várias localidades do mundo.

Ele permanecerá no anonimato, pois, os interesses da indústria de medicamentos do século XXI são iguais aos do século XIX, ou seja, a acumulação do capital induz a informação nunca chegar aos necessitados.

Para Angola e suas províncias, somente restará uma ajuda comunitária, porém, com interesse futuro nos potenciais naturais do país. É a velha máxima: primeiro, chega á ajuda e logo após, as obrigações na participação das reservas naturais do país. Por exemplo, no ano de 2006 na luta contra a Aids, a Tuberculose e a Malária, Angola recebeu a quantia US\$ 62 (sessenta e dois) milhões de dólares, conforme segue⁴⁵:

⁴⁵ “O Fundo Global de Luta contra a Aids, Tuberculose e Malária concedeu US\$ 62 milhões de dólares para três projetos de saúde que estão sendo implementados em Angola”.

No entanto, na mesma Revista, temos uma oposição entre riqueza de Angola e os seus parceiros, que a priori foram doadores, hoje exploradores do potencial natural. Veja os parceiros doadores ⁴⁶.

Em Angola, tais disparidades sempre ocorreram dentro de uma uniformidade, outrora pelo colonizador através da imposição de uma Geografia Médica, na atualidade com as parcerias e doações a serem pagas num futuro próximo. Contudo, o tratamento da Malária permanece na quimioterapia dos grandes laboratórios sempre com novas invenções, não existindo uma Geografia da Saúde em todo o território de Angola.

O potencial botânico de Angola desde o século XVI até a atualidade foi esquecido, mas ainda insiste-se na Medicina da modernidade, com um passado esquecido e presente malogrado, de muitas falácias, conforme as citações acima.

De acordo com o diretor do Fundo, Jorge Romero, dos US\$ 62 (sessenta e dois) milhões disponibilizados para Angola, US\$ 28 (vinte e oito) milhões irá para prevenção e tratamento da Malária...

(...) Na luta contra a Malária, US\$ 15 (quinze milhões) já tiveram aplicação na compra de mosquiteiros adquiridos pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela organização não governamental PSI, compra de medicamento Coartem e de equipamento para 60 laboratórios de Malária, além da fumigação na Província do Namibe...

(...) O Japão dou US\$ 2,5 (dois e meio milhões) de dólares para o combate a Malária, além de equipamentos diversos para o combate e controle da mesma, constituindo por mosquiteiros, medicamentos, materiais para análises clínicas, etc.

A doação faz parte dos programas de cooperação entre os dois países e foi entregue pelo Embaixador do Japão em Angola Susumu Shibata, às autoridades da Província de Benguela. A Malária tem sido uma das principais causas de morte em Angola. (REVISTA ANGOLA HOJE, 2006, p.46).

⁴⁶ “O Campo de Lobito inicia produção de petróleo”...

(...) Os campos de Benguela, Belize, Lobito e Tomboco constituem o Projeto de Desenvolvimento do BBLT (iniciais dos campos), um dos maiores Projetos da Chevron. Em Janeiro, a Chevron anunciou a primeira produção de petróleo da fase 1 de desenvolvimento do BBLT, que comporta uma torre de pilares flexíveis. O primeiro óleo do Projeto Lobito foi obtido em 07 de Junho de 2006.

(...) O desenvolvimento do BBLT, a 80 quilômetros em zona marítima em águas de 396 metros de profundidade, está sendo desenvolvido em duas fases. (IDEM, 2006, p.27)

Mesmo com uma forte política de Geografia Médica centrada na Medicina Ontológica e na Medicina Relacional, a Malária ou o Paludismo não cessaram principalmente nas colônias portuguesas em todo o mundo.

Analisando um estudo realizado pela Sociedade Portuguesa de Geografia associado à Academia Real de Ciências, às estatísticas médicas centradas no diagnóstico da dor em partes ou da doença como ruptura do equilíbrio entre o homem e ele mesmo, talvez na busca de uma compreensão entre o normal e o patológico, o Paludismo foi até encarado como um entrave, que impossibilitava o desenvolvimento regional e local do Reino de Benguela e de Angola. A única ótica médica ficava na insalubridade do território, acenando para as possibilidades de mudanças sanitárias para um melhor aproveitamento regional ou local, ou seja, uma mera interpretação ontológica da Malária ⁴⁷.

Em 1905, por ordem da Academia Real de Ciências, foi organizado um quadro com os primeiros diagramas do Paludismo agudo nas diferentes Colônias Portuguesas, registrado pelos médicos do serviço de saúde, desde 1875 até 1881.

Segundo as estatísticas deste período, o Paludismo era sem dúvida o grande afrontamento no desenvolvimento ou na ocupação das novas terras ou possessões portuguesas.

São trinta as diferentes formas de Paludismo agudo, observadas pelos médicos coloniais, mas estas devem reduzir-se muito quando todos os hospitais se

⁴⁷ “”. Ao passarmos de uma interpretação ontológica a uma interpretação relacional da doença, vemos se efetuar não apenas um deslocamento das significações em jogo, mas também biológica da doença, uma vez que ela consiste, com relação a todas representações estudadas anteriormente, em recolocar a morbidez em um espaço semântico que vai além não apenas do corpo que sofre, mas também da pessoa doente.

Essa explicação, seja ela “espontânea” (“selvagem”) ou cientificamente retomada sob forma de leitura analítica, é suscetível de receber, segundo as épocas e as sociedades, diferentes formulações.....

(...) Uma formulação religiosa: a doença é, ao mesmo tempo, uma advertência que faz supor uma inflação (voluntária ou involuntária) cometida, um apelo à ordem que exige uma reparação, uma injunção para que restaurem as relações da comunidade com ela mesma, já que foi posta em perigo pela doença de um só de seus elementos. “É por isto, que esse sistema de interpretação pede a oferta de um sacrifício que a sociedade oferece, poderíamos dizer, a ela mesma, menos para curar o doente que para reencontrar ou fortalecer seu eixo de equilíbrio”. (LAPLANTINE, 1986, p.63)

adaptarem a uma classificação idêntica e uma nomenclatura nosológica do Paludismo tão homogênea quanto racional.

Da leitura e da tradução dos diagramas podemos, todavia, deduzir que o Paludismo colonial nas possessões apresentou-se sobre diversas características com pelo menos sete formas, a saber:

1º Intermittência Quotidiana: como fato geral, dominante, sendo apresentado sob as seguintes denominações:

- Febres intermitentes;
- Febres intermitentes quotidianas;
- Febres palustres quotidianas.

Registram-se, além destas, muitas febres intermitentes quotidianas complicadas em outras doenças.

2º Intermittência Terçã, Dupla Terçã e Quartã, mas não aparecendo em todos os anos, é estes casos, quase sempre, uma frequência relativamente mínima.

3º Remitência, aparecendo fatos desta ordem em todos os anos: a remitência, este tipo de febre.

4º Continuidade, faltando em todo o caso o seu registro dos últimos anos, em que reúnem os fatos do Paludismo agudo observados nas colônias portuguesas.

5º Biliosidade se registra sob as seguintes formas:

- Febres biliosas;
- Febres remitentes biliosas;
- Febres biliosas hematuricas: não se observa caso nenhum na Índia portuguesa e falta o seu registro de um ano.

6º Perniciosidade se designa com as seguintes denominações:

- Febres cerebrais;
- Febres comatosas;
- Febres perniciosas;
- Febres perniciosas álgidas;
- Febres perniciosas convulsivas.

7º Hemorrágicas, Hematuricas, Atáxicas, Adinâmicas, Estados Tifóides, mostram-se em exemplares bem definidos, mas sempre por limitada frequência, de acordo com a leitura dos diagramas.

Os fatos mais salientes, no Paludismo agudo, registrados nas colônias, são concretizados, seguido dos mais frequentes, nas seguintes espécies:

- 1) - febres intermitentes quotidianas;
- 2) - febres palustres complicadas de outras doenças;
- 3) - febres remitentes;
- 4) - febres intermitentes terçãs;
- 5) - febres efêmeras;
- 6) - febres perniciosas;
- 7) - febres biliares.

Na leitura médica não podemos esquecer que as designações de febres palustres e febres paludosas são sinônimas.

Além do Paludismo, outras doenças ficam evidentes, ora como endemias, ora como epidemias, entre elas destacamos a Cólera, a Febre Amarela, a Varíola e o Sarampo, todas elas conhecidas na época como doenças das quarentenas. Tais situações sanitárias foram resultantes das circulações cotidianas dos navios entre a Europa, África, América e Ásia. Para o controle destas doenças a Vigilância Sanitária dos Portos, tinha dificuldades nas informações epidemiológicas destes navios mercantes⁴⁸.

Portugal, como reforço na luta do saneamento dos Portos, chegou a contar com uma Polícia Sanitária, o que caracteriza muito bem os cuidados com sua Geografia Médica, sempre considerando a questão do saneamento como caso de “polícia”, não podendo, assim, deixar o problema para ser solucionado pelos indígenas. As embarcações passaram a ser mapeadas, segundo a sua procedência e destino. Para combater os distúrbios sanitários, o império português vigiava e controlava geograficamente a vida dos habitantes das colônias: nada passava

⁴⁸ “E”, portanto, para bem se determinarem, não só as bases mais seguras de uma boa Polícia Sanitária, em cada porto colonial, mas também as doenças infectuosas que mais probabilidade tem de ser importadas e as providências que devem tomar em terra, na povoação e no porto, é necessário ter larga experiência dos trabalhos de desinfecção, perfeito conhecimento da evolução ou fases das doenças infectuosas-indígenas e exóticas - e das condições clínicas mais gerais das terras de onde procedem as embarcações e a natureza das cargas que transportam.

A Polícia Sanitária marítima colonial não pode, pois, deixar de divergir, em muitas das providências fundamentais, de uns portos para outros, nas diferentes colônias, e é isto que muito deve tomar-se em consideração para não se fazerem despesa inútil, nem se deixarem os habitantes expostos aos horrorosos desastres causados por qualquer epidemia de Paludismo, febre amarela Cólera e outras doenças, que podem ser importadas via marítima”. (JUNIOR, 1905, p. 187).

despercebido, afinal, no comércio portuário circulava toda mercadoria que gerava o lucro e equilíbrio econômico do país.

Portanto, para evitar qualquer epidemia havia regras rígidas no sistema sanitário, pois no caso do reino de Benguela e Angola, em seus respectivos territórios, as chances de combate eram mínimas em função das condições climáticas em que aumentava consideravelmente a insalubridade⁴⁹.

Mesmo com todo o aparato sanitário dos médicos coloniais, reparamos que o enfrentamento do quadro epidemiológico não era tão simples. Segundo os dados da Academia Real das Ciências, nos anos de 1875 a 1881, a distribuição do Paludismo nas possessões ultramarinas portuguesas apresentava cerca de 30 formas diferentes de Paludismo agudo.

Neste contexto, a Geografia Médica aplicada nas colônias buscava as tabelas ou as estatísticas médicas para socorrer a população através de medicamentos distribuídos em locais dos picos epidemiológicos, menosprezando, assim, uma atenção primária de prevenção da Malária. Eles acreditavam numa cura definitiva ou mesmo na extinção da doença, principalmente com as atoxilações em locais e espaço temporariamente definidos. Era o método da Geografia Médica, norteadas nos conceitos maxsoreana pelo princípio da extensão lablacheana. Veja nos gráficos logo abaixo.

No ano de 1875, tivemos 27 espécies de febres de origem palustre, com mais de 3.500 pessoas com sintomas da doença, veja Gráfico 1:

49 “... Quanto à importação de qualquer doença exótica ou de qualquer outra infectuosa ou contagiosa, deve atender-se nas providências a tomar, ao seguinte:

Estado de resistência orgânica e condições de salubridade em que se encontra a povoação.

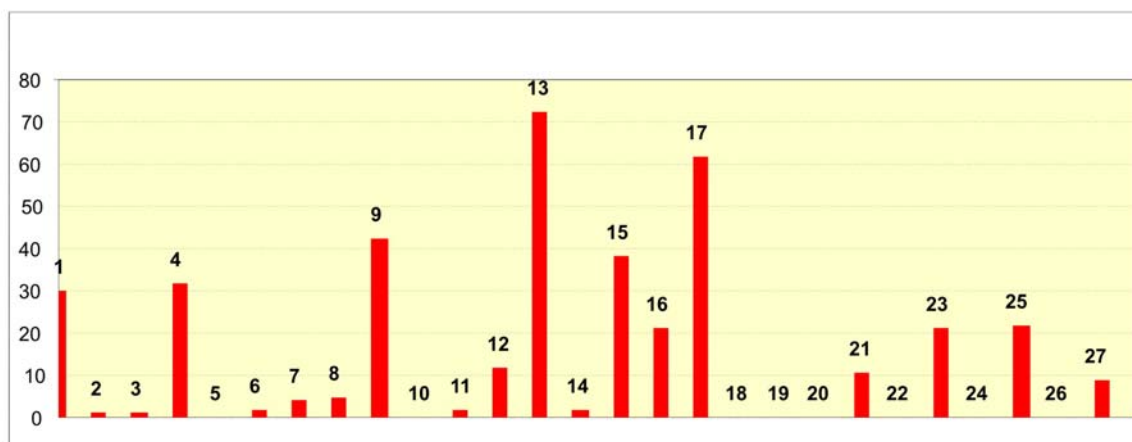
Competência dos indivíduos encarregados da policia sanitária para desinfecção oferecer a mais completa segurança.

Recursos de que dispõem o navio por isolar, desinfetar e combater os casos de qualquer epidemia que se manifeste a bordo.

Tempo de viagem do navio e natureza da carga.

Perfeito conhecimento, por parte do médico, das doenças endêmicas que passam na localidade de onde procedem os navios, independentemente de qualquer epidemia. (IDEM 1905, p. 198).

GRÁFICO 1 – MUTAÇÕES DO PALUDISMO NAS PRINCIPAIS COLÔNIAS DO IMPERIALISMO PORTUGUÊS, EM 1875:

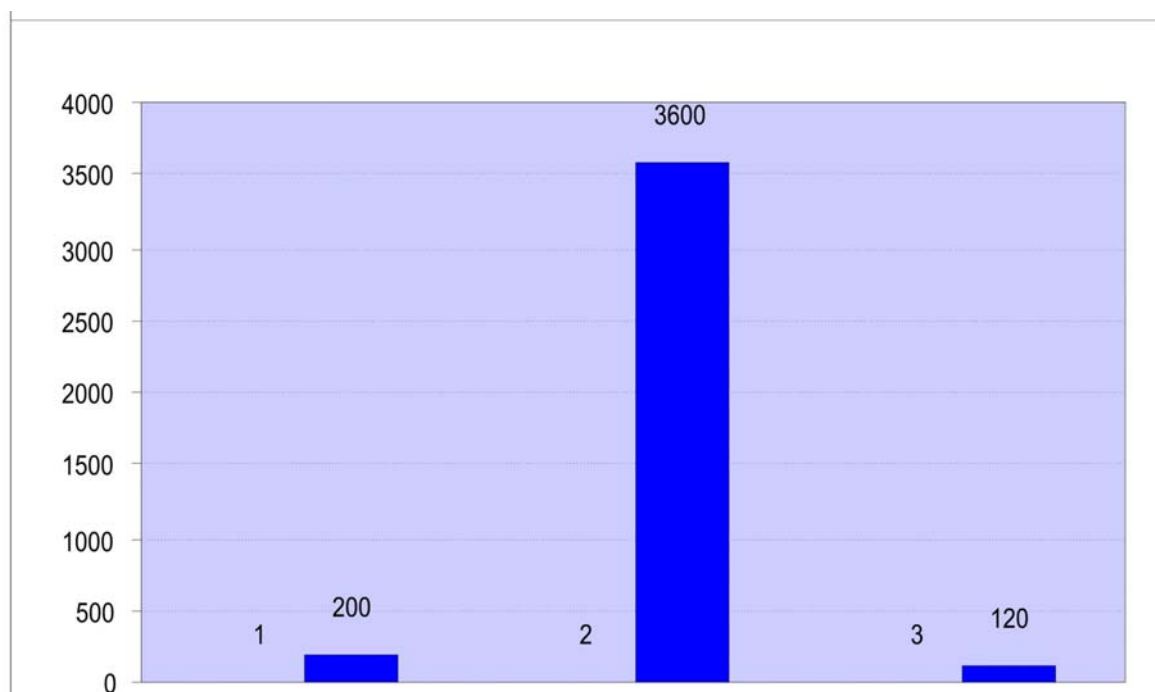


Fonte: Academia Real das Ciências. Elaboração: Valêncio Manoel

Legenda: (Sem ocorrências = S/O)

0	Febres	14	Febres palustres
1	Febres atácticas	15	Febres palustres quotidianas
2	Febres adynamicas	16	Febres perniciosas
3	Febres biliosas	17	Febres perniciosas algidas (S/O)
4	Febres biliosas Hematuricas (S/O)	18	Febres perniciosas convulsivas (S/O)
5	Febres cerebrais	19	Febres puerperais acompanhadas de outras (S/O)
6	Febres comatosas	20	Febres quartãs
7	Febres continuas	21	Febres remitentes acompanhadas de outras (S/O)
8	Febres efêmeras	22	Febres remitentes biliosas
9	Febres gástricas (S/O)	23	Febres remitentes complicadas (S/O)
10	Febres hemorrágicas	24	Febres remitentes paludosas
11	Febres intermitentes	25	Febres remitentes terças (S/O)
12	Febres intermitentes terças	26	Febres remitentes tifóides
13	Febres intermitentes terças duplas	27	Febres pseudo-tifóides

GRÁFICO 2 – PRINCIPAIS TIPOS DE FEBRES NAS COLÔNIAS DE PORTUGAL NA ÁFRICA, EM 1875.



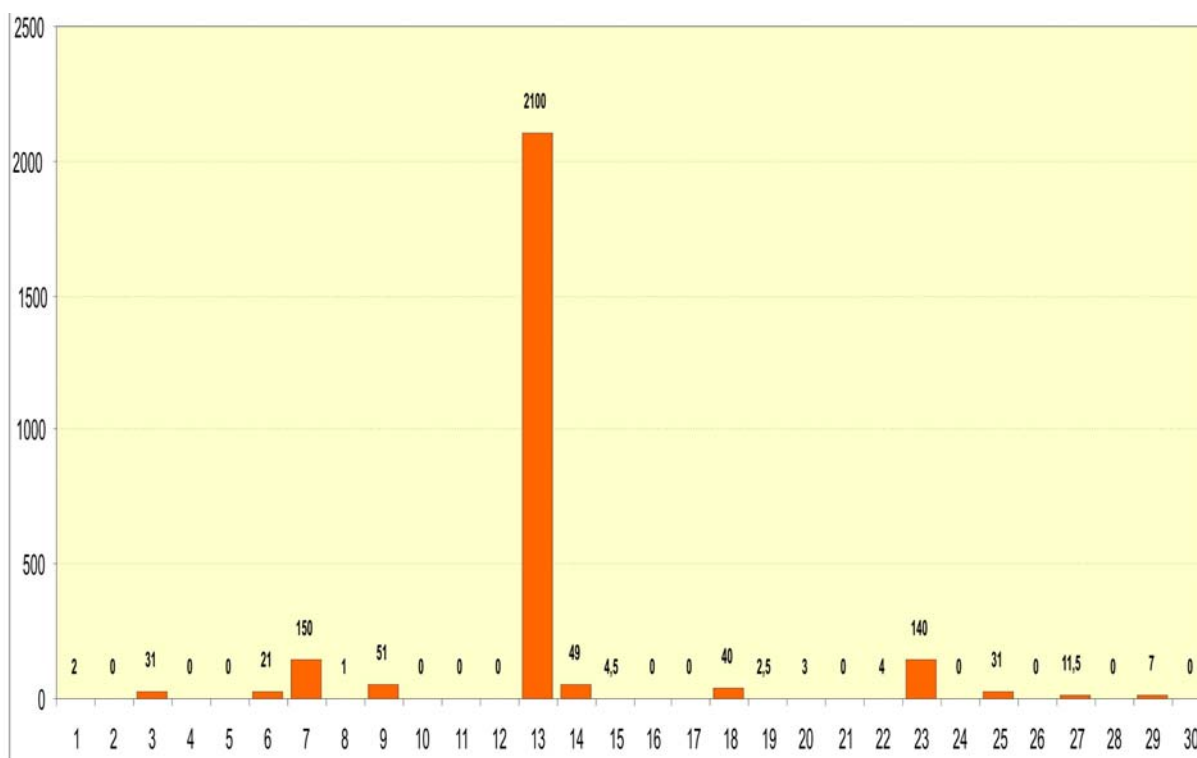
Fonte: Academia Real das Ciências. Elaboração: Valêncio Manoel

Legenda:

1	Febres complicadas de outras doenças
2	Febres intermitentes quotidianas
3	Febres remitentes

Conforme o Gráfico 2, as febres intermitentes quotidianas, ou seja, aquelas que aparecem no final da tarde e durante a noite prevaleciam com incidência em todas as colônias.

No ano 1876, tivemos 30 espécies de febres de origem palustre, conforme o Gráfico 3 a seguir:

GRÁFICO 3 – 30 ESPÉCIES DE FEBRES PALUSTRES, ANO DE 1876.

Fonte: Academia Real das Ciências – Elaboração: Valêncio Manoel

Legenda: (Sem Ocorrências = S/O)

1	Febres atáticas	16	Febres palustres (S/O)
2	Febres atáticas adymamicas (S/O)	17	Febres palustres quotidianas (S/O)
3	Febres biliosas	18	Febres perniciosas
4	Febres biliosas Hematuricas (S/O)	19	Febres perniciosas álgidas
5	Febres cerebrais (S/O)	20	Febres perniciosas convulsivas
6	Febres comatosas	21	Febres puerperais acompanhadas de outras (S/O)
7	Febres complicadas de outras doenças	22	Febres quartãs
8	Febres continuas	23	Febres remitentes
9	Febres efêmeras	24	Febres remitentes acompanhadas de outras (S/O)
10	Febres gástricas (S/O)	25	Febres remitentes biliosas
11	Febres hemorrágicas (S/O)	26	Febres remitentes complicadas (S/O)
12	Febres intermitentes (S/O)	27	Febres remitentes paludosas
13	Febres intermitentes quotidianas	28	Febres remitentes terças (S/O)
14	Febres intermitentes terças	29	Febres remitentes tifóides
15	Febres intermitentes terças duplas	30	Febres pseudo-tifóides (S/O)

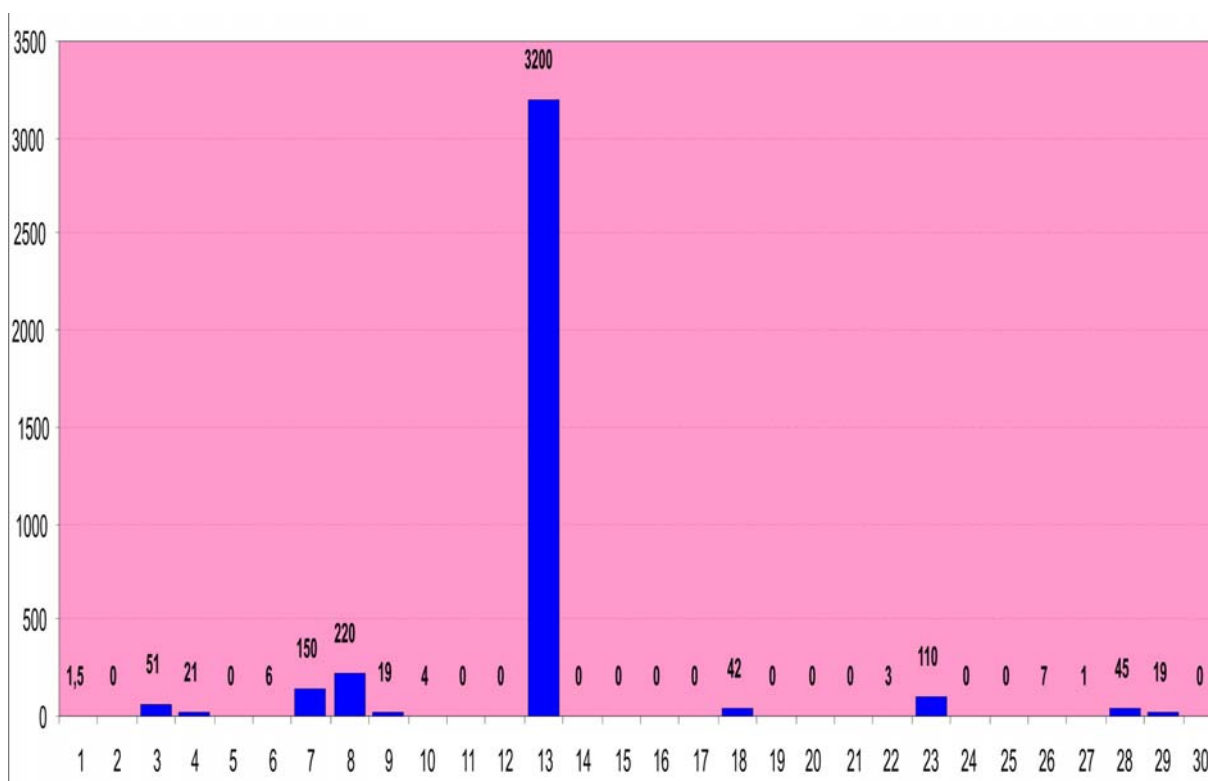
A queda dos sintomas das febres de Paludismo no ano de 1876 pode ser explicada através do avanço da população para outras regiões de Angola e Benguela; as colônias ou mesmo os locais geomorfologicamente de difícil acesso

para os levantamentos da chamada topografia médica, instrumento muito usado século XIX, constatam que não houve diminuição real da doença, mas, que a população migrou para áreas de acesso limitado, impossibilitando os levantamentos estatísticos nestes locais. Além disso, a utilização das novas drogas medicinais que surgiram nos grandes laboratórios europeus, em destaque os alemães, impulsionou a afirmação da Geografia Médica como alternativa única no enfrentamento da Malária.

Devemos considerar também as campanhas de atoxilizações ou pulverizações efetuadas com inseticidas nas aldeias e cidades, com uma forte esperança no sentido de exterminar definitivamente o mosquito vetor da Malária.

O grande problema, quanto ao uso dessa técnica, foi que os mosquitos criaram resistência aos inseticidas e no ano seguinte, em 1878, apesar da queda das febres palustres, o número de pessoas com os sintomas da febre quotidiana voltou a crescer de forma significativa no espaço territorial de Benguela e Luanda.

Em 1877, tivemos 16 espécies de febres de origem palustre, crescimento das febres intermitentes quotidianas, conforme gráfico abaixo:

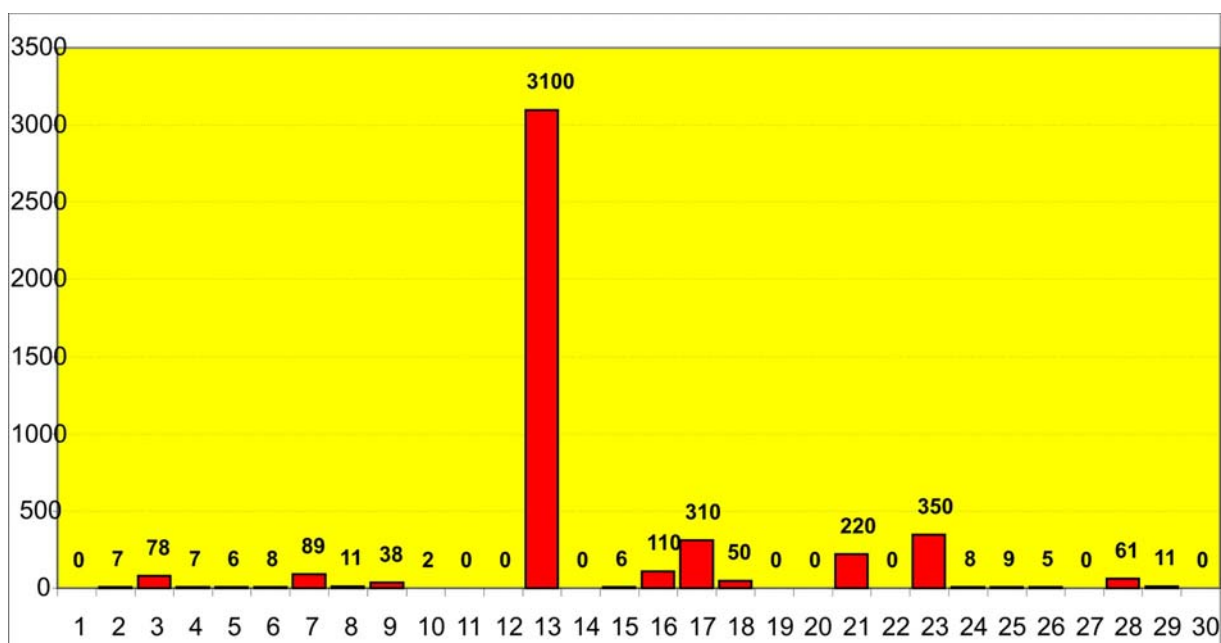
GRÁFICO 4: 16 ESPÉCIES DE FEBRES, ANO 1877.

Fonte: Academia Real das Ciências – Elaboração: Valêncio Manoel

Legenda: (Sem Ocorrências = S/O)

1	Febres atáticas	16	Febres palustres (S/O)
2	Febres atáticas adymamicas (S/O)	17	Febres palustres quotidianas (S/O)
3	Febres biliosas	18	Febres perniciosas
4	Febres biliosas Hematuricas	19	Febres perniciosas algidas (S/O)
5	Febres cerebrais (S/O)	20	Febres perniciosas convulsivas (S/O)
6	Febres comatosas	21	Febres puerperais acompanhadas de outras (S/O)
7	Febres complicadas de outras doenças	22	Febres quartãs
8	Febres continuas	23	Febres remitentes
9	Febres efêmeras	24	Febres remitentes acompanhadas de outras (S/O)
10	Febres gástricas	25	Febres remitentes biliosas (S/O)
11	Febres hemorrágicas (S/O)	26	Febres remitentes complicadas
12	Febres intermitentes (S/O)	27	Febres remitentes paludosas
13	Febres intermitentes quotidianas	28	Febres remitentes terças
14	Febres intermitentes terças (S/O)	29	Febres remitentes tifóides
15	Febres intermitentes terças duplas (S/O)	30	Febres pseudo-tifóides (S/O)

Em 1878, tivemos 21 espécies de febres de origem palustre, com 3.100 pessoas apresentando os sintomas. Conforme o Gráfico 5 abaixo:

GRÁFICO 5 – 21 ESPÉCIES DE FEBRES – ANO 1878

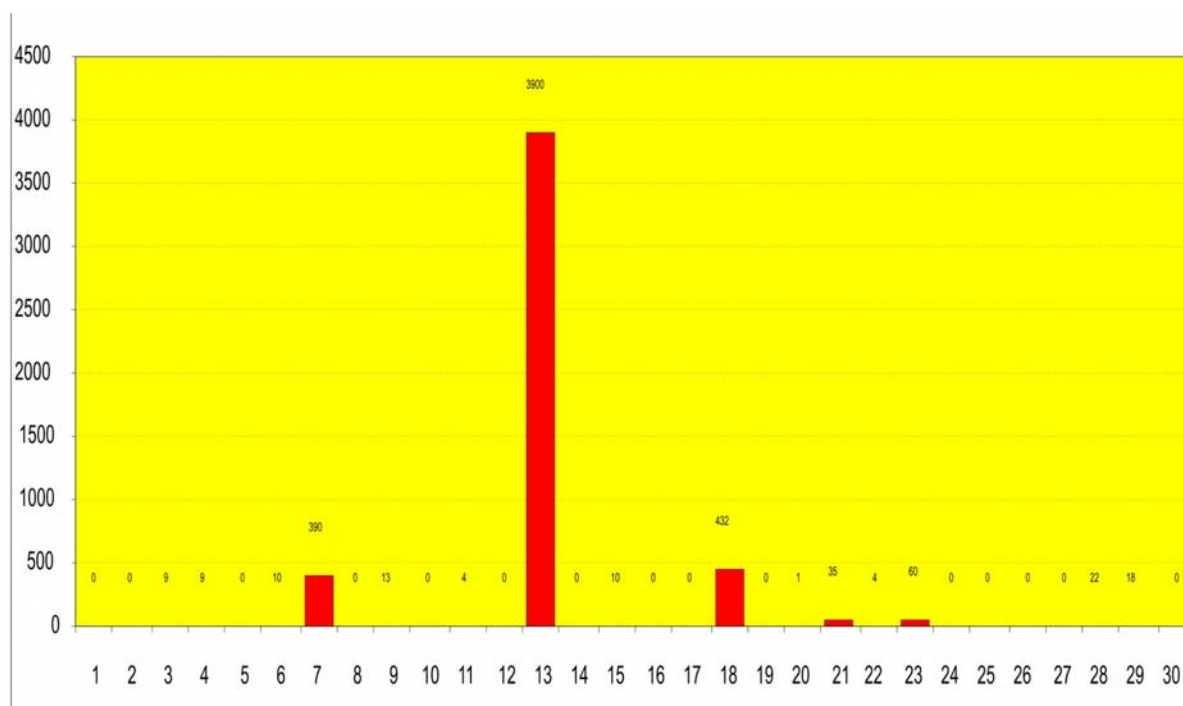
Fonte: Academia Real das Ciências – Elaboração: Valêncio Manoel

Legenda: (Sem Ocorrências = S/O)

1	Febres atácticas (S/O)	16	Febres palustres
2	Febres atácticas adymamicas	17	Febres palustres quotidianas
3	Febres biliosas	18	Febres perniciosas
4	Febres biliosas Hematuricas	19	Febres perniciosas álgidas (S/O)
5	Febres cerebrais	20	Febres perniciosas convulsivas (S/O)
6	Febres comatosas	21	Febres puerperais acompanhadas de outras
7	Febres complicadas de outras doenças	22	Febres quartãs (S/O)
8	Febres continuas	23	Febres remitentes
9	Febres efêmeras	24	Febres remitentes acompanhadas de outras
10	Febres gástricas	25	Febres remitentes biliosas
11	Febres hemorrágicas (S/O)	26	Febres remitentes complicadas
12	Febres intermitentes (S/O)	27	Febres remitentes paludosas (S/O)
13	Febres intermitentes quotidianas	28	Febres remitentes terças
14	Febres intermitentes terças (S/O)	29	Febres remitentes tifóides
15	Febres intermitentes terças duplas	30	Febres pseudo-typhoides (S/O)

O aumento das espécies de febres pode ser considerado a partir da resistência dos inseticidas e dos medicamentos a base de quinino, nesta época, os efeitos esperados pelos médicos não correspondiam aos anteriores, quando o medicamento foi utilizado na fase pioneira das medicações.

Em 1879, tivemos 15 espécies de febres origem palustre.

GRÁFICO 6: 21 ESPÉCIES DE FEBRES - ANO 1879:

Fonte: Academia Real das Ciências – Elaboração: Valêncio Manoel.

Legenda: (Sem Ocorrências = S/O)

1	Febres atáticas (S/O)	16	Febres palustres
2	Febres atáticas adymamicas	17	Febres palustres quotidianas
3	Febres biliosas	18	Febres perniciosas
4	Febres biliosas Hematuricas	19	Febres perniciosas álgidas (S/O)
5	Febres cerebrais	20	Febres perniciosas convulsivas (S/O)
6	Febres comatosas	21	Febres puerperais acompanhadas de outras
7	Febres complicadas de outras doenças	22	Febres quartãs (S/O)
8	Febres continuas	23	Febres remitentes
9	Febres efêmeras	24	Febres remitentes acompanhadas de outras
10	Febres gástricas	25	Febres remitentes biliosas
11	Febres hemorrágicas (S/O)	26	Febres remitentes complicadas
12	Febres intermitentes (S/O)	27	Febres remitentes paludosas (S/O)
13	Febres intermitentes quotidianas	28	Febres remitentes terçãs
14	Febres intermitentes terçãs (S/O)	29	Febres remitentes tifóides
15	Febres intermitentes terçãs duplas	30	Febres pseudo-typhoides (S/O)

No ano de 1879, surgem na classificação, 390 pessoas com sintomas da febre com complicações de outras doenças; sendo 432 pessoas com febres perniciosas, o alargamento de tais sintomas com incidência maior faz com que ocorram anos mais tarde um forte questionamento da utilização dos inseticidas,

utilizado no início como elemento de extinção da Malária e os seus modelos de aplicação. Porém, este fato não ocorreu até a atualidade.

Nesta fase, poucos pesquisadores das outras áreas arriscavam uma intervenção referente à erradicação da Malária, pois as novas pesquisas baseadas em inseticidas levavam a crer no trinômio: inseticida, quinino e ações sanitárias.

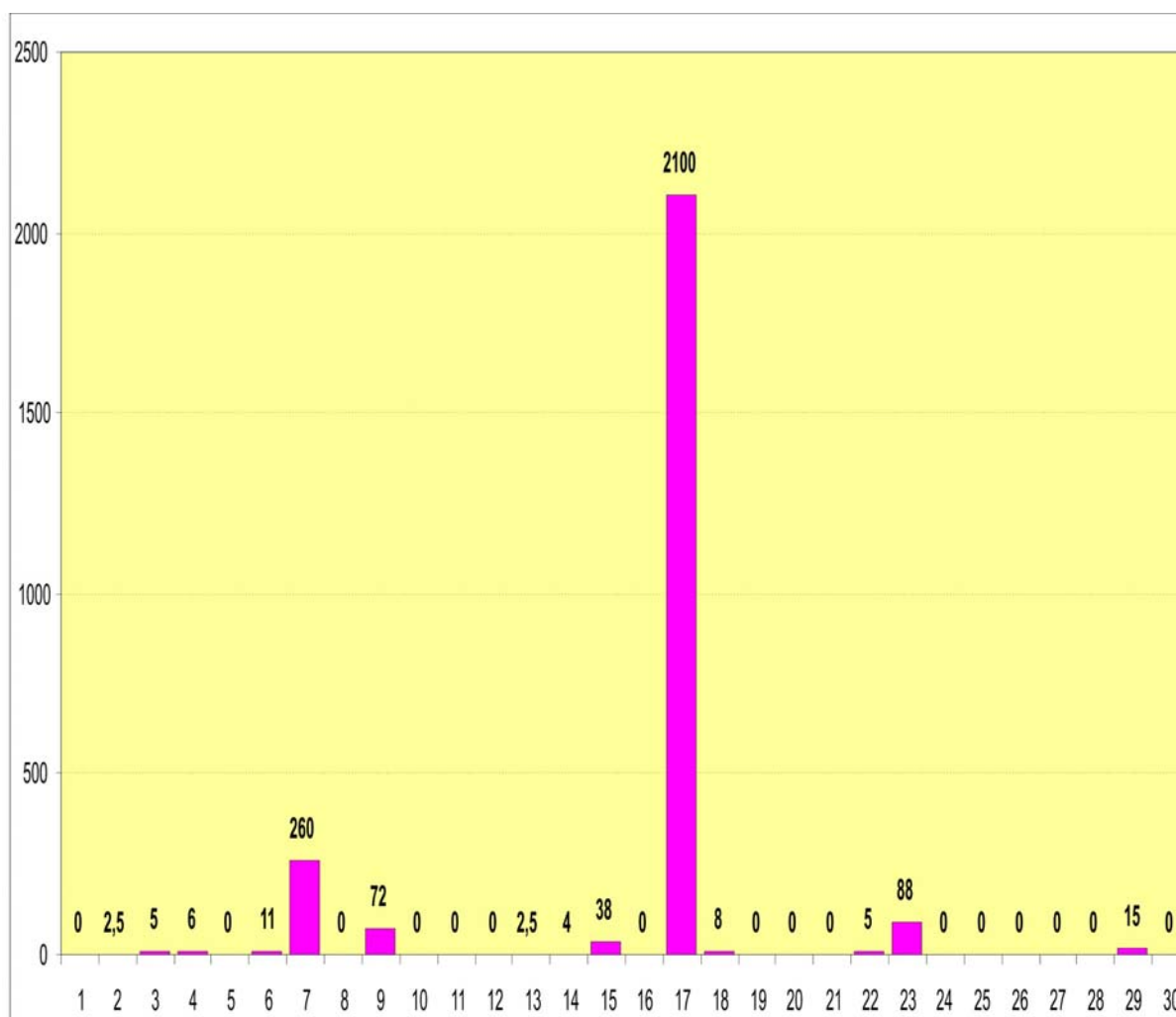
Somente após a Segunda Guerra Mundial é que os inseticidas são questionados, principalmente sobre suas capacidades ou não de extinção dos mosquitos transmissores de doenças.

Desta forma, o discurso da erradicação foi modificado para o da prevenção, que durante muito tempo manteve a Malária como assunto exclusivo dos médicos sanitaristas, não cabendo nem mesmo ajuda de especialistas de áreas afins.

O estancamento da epidemia, estendida em diferentes partes do planeta, em regiões diversificadas do mundo tropical foi tratado de forma sazonal.

Em 1880, tivemos 14 espécies de febres origem palustre, com 2100 casos sintomáticos.

GRÁFICO 7: 14 ESPÉCIES DE FEBRES - ANO 1880



Fonte: Academia Real das Ciências – Elaboração: Valêncio Manoel

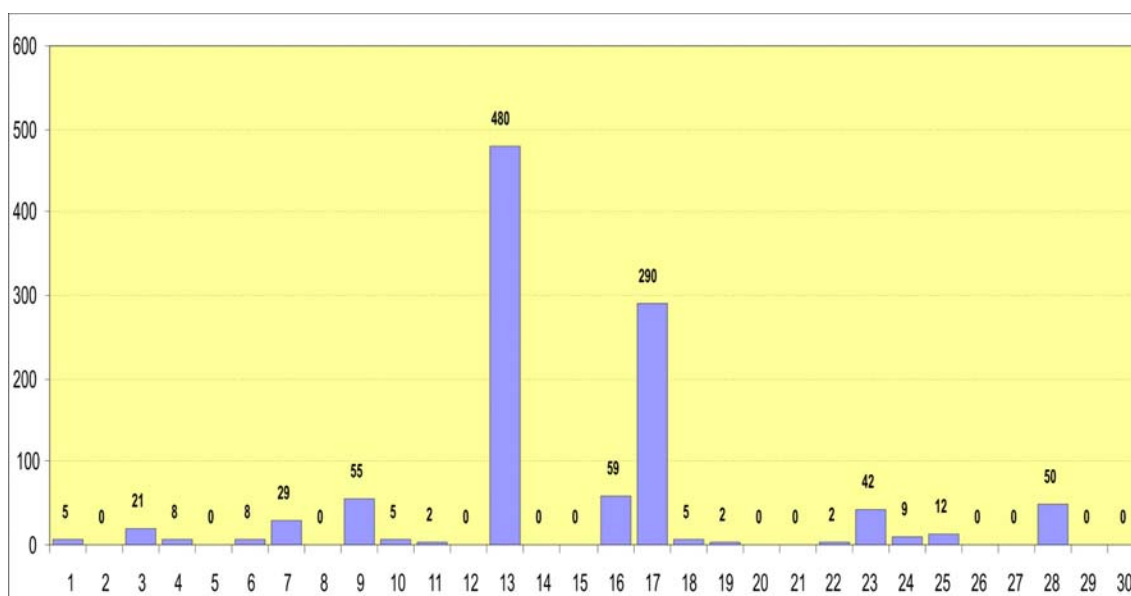
Legenda: (Sem Ocorrências = S/O)

1	Febres atáticas (S/O)	16	Febres palustres (S/O)
2	Febres atáticas adymamicas	17	Febres palustres quotidianas
3	Febres biliosas	18	Febres perniciosas
4	Febres biliosas Hematuricas	19	Febres perniciosas álgidas (S/O)
5	Febres cerebrais (S/O)	20	Febres perniciosas convulsivas (S/O)
6	Febres comatosas	21	Febres puerperais acompanhadas de outras (S/O)
7	Febres complicadas de outras doenças	22	Febres quartãs
8	Febres continuas (S/O)	23	Febres remitentes
9	Febres efêmeras	24	Febres remitentes acompanhadas de outras (S/O)
10	Febres gástricas (S/O)	25	Febres remitentes biliosas (S/O)
11	Febres hemorrágicas (S/O)	26	Febres remitentes complicadas (S/O)
12	Febres intermitentes (S/O)	27	Febres remitentes paludosas (S/O)
13	Febres intermitentes quotidianas	28	Febres remitentes terças (S/O)
14	Febres intermitentes terças	29	Febres remitentes tifóides
15	Febres intermitentes terças duplas	30	Febres pseudo-tifóides (S/O)

A pequena redução, que ocorreu em 1880, mostra um crescimento das febres efêmeras, das terças duplas, das remitentes e quase uma estabilidade das complicadas por outras doenças.

Em 1881, tivemos 18 espécies de febres origem sintomáticas. Conforme Gráfico 8 abaixo:

**GRÁFICO 8: 18 ESPÉCIES DE FEBRES QUEDA NAS INTERMITENTES
– ANO 1881.**



Fonte: Academia Real das Ciências – Elaboração: Valêncio Manoel

Legenda: (Sem Ocorrências =S/O)

1	Febres atáticas	16	Febres palustres
2	Febres atáticas adymamicas (S/O)	17	Febres palustres quotidianas
3	Febres biliosas	18	Febres perniciosas
4	Febres biliosas Hematuricas	19	Febres perniciosas algidas
5	Febres cerebrais (S/O)	20	Febres perniciosas convulsivas (S/O)
6	Febres comatosas	21	Febres puerperais acompanhadas de outras (S/O)
7	Febres complicadas de outras doenças	22	Febres quartãs
8	Febres continuas (S/O)	23	Febres remitentes
9	Febres efêmeras	24	Febres remitentes acompanhadas de outras
10	Febres gástricas	25	Febres remitentes biliosas
11	Febres hemorrágicas	26	Febres remitentes complicadas (S/O)
12	Febres intermitentes (S/O)	27	Febres remitentes paludosas (S/O)
13	Febres intermitentes quotidianas	28	Febres remitentes terças
14	Febres intermitentes terças (S/O)	29	Febres remitentes tifóides (S/O)
15	Febres intermitentes terças duplas (S/O)	30	Febres pseudo-tifóides (S/O)

O número de casos sintomáticos no ano de 1881 ficou em torno de 1047, sendo estes distribuídos em diferentes tipos de febres. Esse número reflete muito bem o estilo de combate à Malária, no âmbito da Geografia Médica utilizado pela metrópole. Na verdade, o índice não identifica a realidade da doença no tempo e no espaço em diferentes colônias, pois temos conhecimento que sua expansão territorial ocorrida no final do século XIX, como em todo o continente africano, permitiu uma dispersão da população, até mesmo para garantir o território disputadíssimo entre as forças hegemônicas da Europa.

O “império português” não fugiu da regra e mesmo com fragilidade econômica, as políticas de avanço não retroagiram. Quanto maior à distância, mais difícil à organização da topografia médica no uso e imposição de uma Polícia Sanitária.

Mesmo assim, com todas as dificuldades no alongamento territorial, outras análises gráficas do regime mórbido do Paludismo aconteceram nas cidades de Luanda e Benguela no final do século XIX, precisamente entre 1876 e 1881. A comparação sempre esteve ligada às concepções da Geografia Médica, na qual o clima (elemento da Geografia Física), o homem autóctone, o imigrante e a patologia, estiveram sempre aliados à capacidade biológica de resistir ao Paludismo.

Tanto entre os indígenas como entre os imigrantes europeus, enfim, havia uma perfeita combinação das Teorias Maxsorreanas do Complexo Patogênico. Na época, tais análises justificavam muito bem as ações da metrópole de uma Geografia Médica preventiva. Esta foi importante somente sobre um aspecto: o princípio da extensão da doença regionalmente. Em termos de prevenção não houve absolutamente nada, pois a resistência dos indígenas era notória.

Agora, a metrópole precisava mostrar que seus médicos estavam corretos, portanto, agiam em nome de uma nova Medicina curativa para os males do Paludismo. Atualmente isso é evidente, porque sabemos que a adaptação imunológica de qualquer doença requer um tempo para defesa do nosso organismo, a partir deste período ele vai entrar em ação ou praticar nossas defesas naturais, assim os autóctones com certeza iriam suportar uma maior quantidade de plasmódio na sua corrente sanguínea.

Do ponto de vista estatístico, tais observações foram positivas na luta da contenção da Malária, somente no campo político, porém, sem uma real eficácia na Geografia da Saúde, principalmente nos períodos de maior incidência, que

coincidentemente ocorria em épocas das chuvas, nas quais os mosquitos se reproduziam com maior receptividade do clima.

GRÁFICO 9 – EVOLUÇÃO DA MORBIDADE MENSAL DA CIDADE DE LUANDA – ANO 1876



Fonte: Academia Real das Ciências – Elaboração: Valêncio Manoel

Podemos observar no Gráfico 9, acima, que o regime de morbidade na cidade de Luanda difere da ação palustre entre os indígenas e os europeus (estatisticamente), apesar dos autóctones serem em maior número que os europeus, estes adoeciam menos em termos absoluto.

Assim, a adaptação biológica foi preponderante. Os negros resistiam à morbidez pela aclimação orgânica e não pelas políticas da Geografia Médica aplicada. Por outro lado, a propaganda desta resistência, levou o grupo étnico ao esquecimento de que o Paludismo poderia leva-os ao óbito.

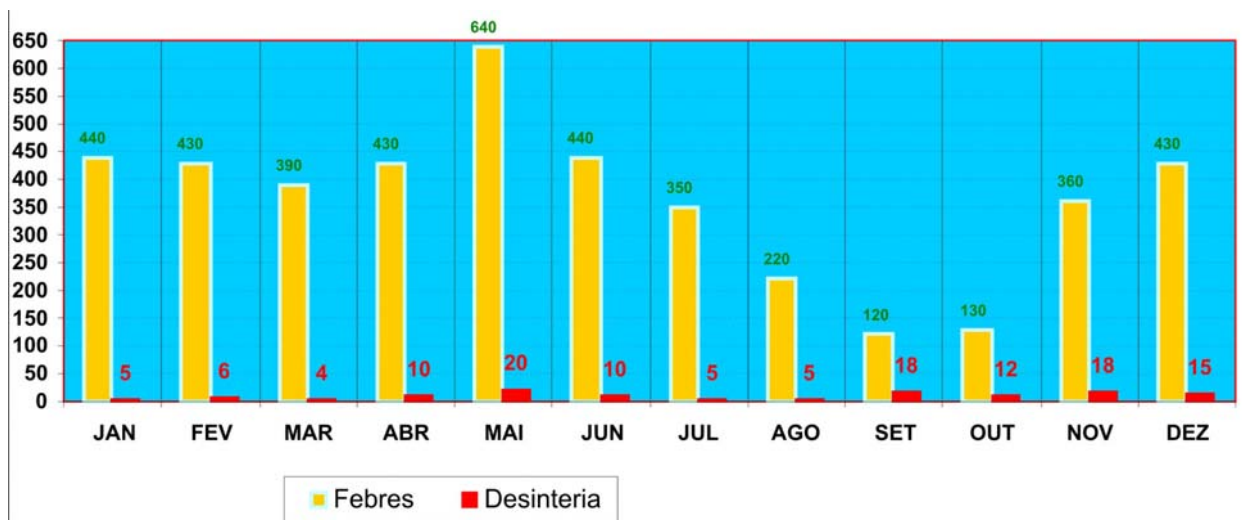
Na linha de morbidez geral, considerando a geopatologia da doença, mesmo nas suas oscilações heterogêneas, os europeus eram uma prova evidente, de que o Paludismo dominava não só os indígenas, mas toda a comunidade na extensão territorial de Benguela e Angola.

Os sintomas geralmente eram desprezados pelos indígenas, porém, isto representava uma elevada taxa de mortalidade, que fica evidente pela vulnerabilidade, ou seja, ausência de cuidados básicos e primários. Geralmente, no

caso dos indígenas, o mês de maior mortalidade era em outubro, porém, não coincide com a maior morbidez, que ocorria nos meses de março a abril.

Nos meses de julho e agosto crescia sensivelmente a mortalidade no total global, principalmente entre os europeus, mesmo em um período em que a temperatura descia ao seu mínimo. Conforme gráfico 10 abaixo:

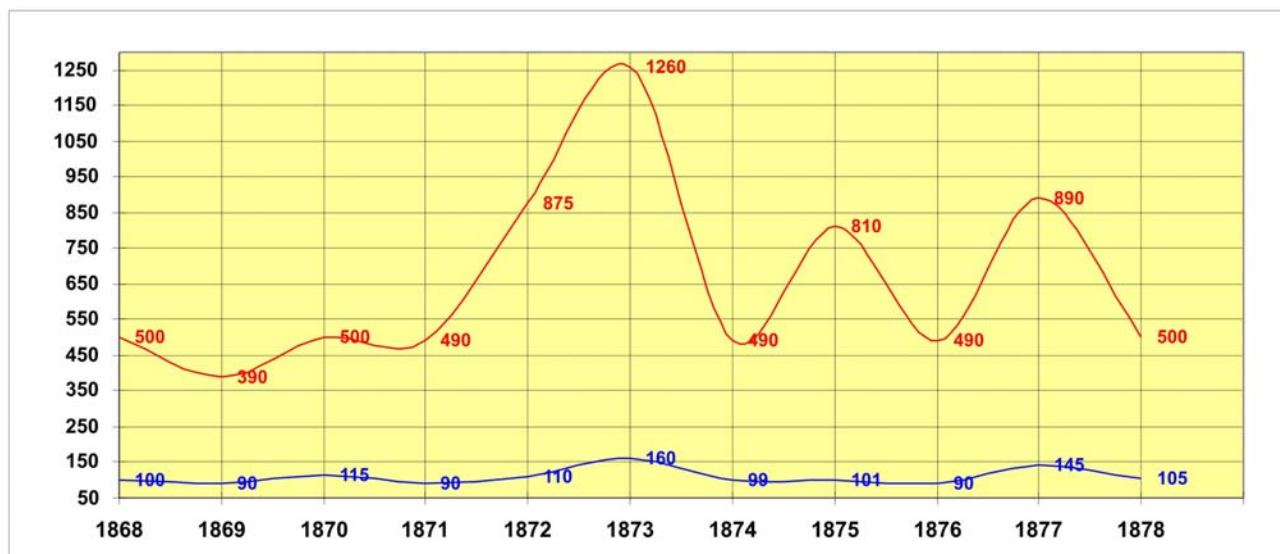
GRÁFICO 10: CIDADE DE LUANDA. MORBIDEZ DURANTE OS MESES DO ANO



Fonte: Academia Real das Ciências – Elaboração: Valêncio Manoel

No Gráfico 11, a mortalidade geral comparada, ano a ano, entre os indígenas e europeus, na cidade de Luanda, tem quase a mesma evolução, como bem se observa examinando as oscilações do Gráfico, correspondendo aos óbitos registrados na cidade por 11 anos consecutivos. Nota-se que os máximos e mínimos da mortalidade coincidem, ano por ano, nos indígenas e nos europeus.

GRÁFICO 11 - II Regimen necrológico e linha evolutiva, annual, da mortalidade na cidade de Loanda.



Fonte: Academia Real das Ciências – Elaboração: Valêncio Manoel

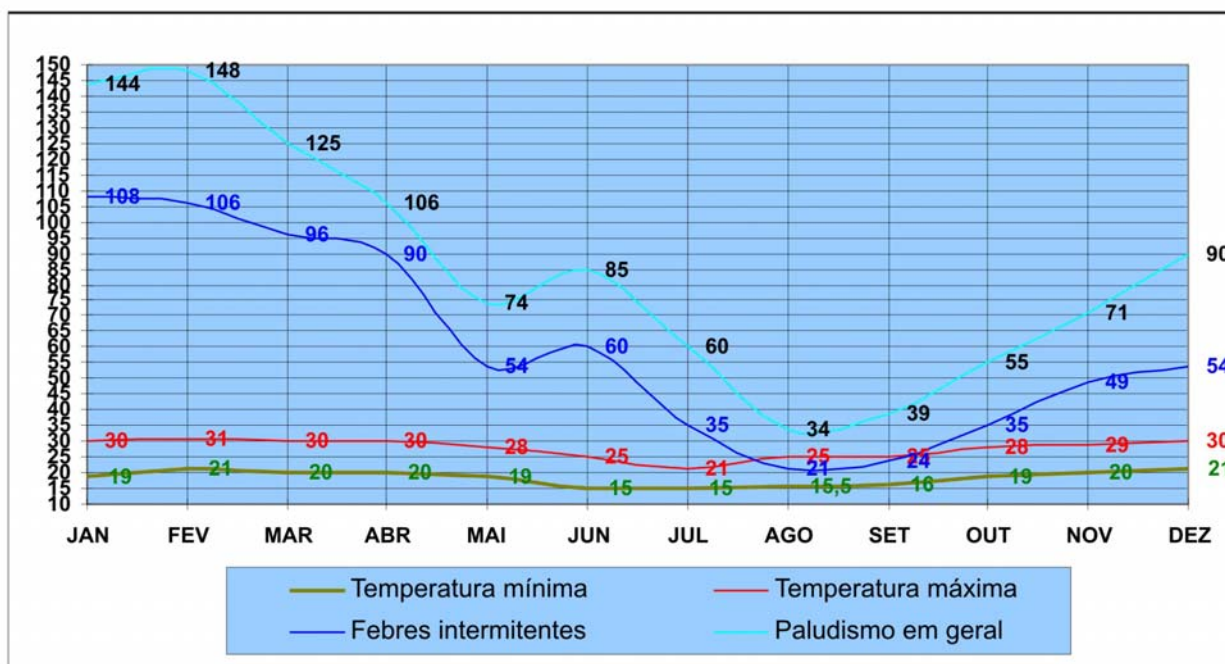
Legenda: europeus – indígenas

No Gráfico 12 abaixo, reparamos que as febres palustres, em geral, como se observa numa leitura comparativa na linha da evolução gráfica, mês a mês, nas oscilações das febres palustres intermitentes, desacompanhadas de qualquer complicação, associação ou localização, fica evidenciado que, as temperaturas nos meses de janeiro e fevereiro, com precipitações acompanhadas de forte calor até o mês de maio, são fatores para o aumento do número de infecções.

As comparações possíveis são as oscilações da evolução mortuária, onde se conclui que a eliminação nos indígenas é sempre menor do que naturalmente esperado.

O Gráfico 12 apresenta o regime geral, onde o Paludismo reproduz seu pico máximo e mínimo em meses muito diferentes, das doenças dos outros aparelhos, facilitando assim o reconhecimento dos meses de fevereiro no máximo e de agosto no mínimo.

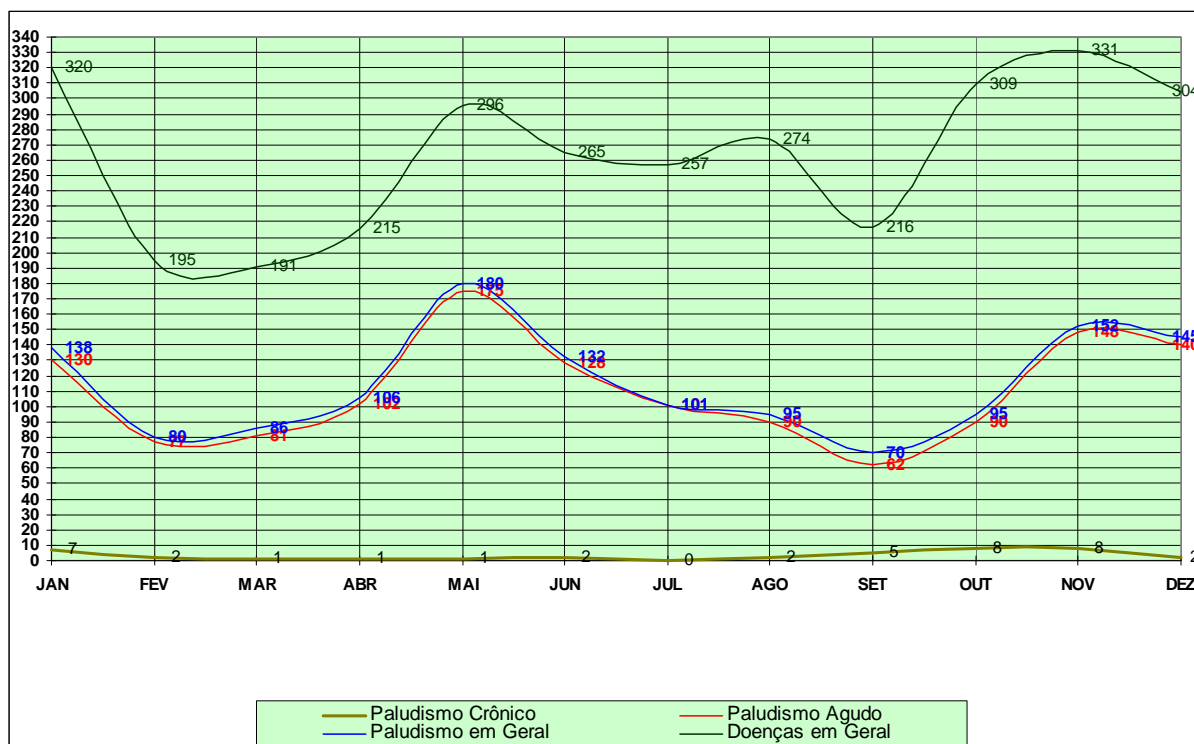
GRÁFICO 12 - Regime das Febres Palustres, na cidade de Luanda e linha evolutiva, mensal, do paludismo e das suas manifestações intermitentes.



Fonte: Academia Real das Ciências - Elaboração: Valêncio Manoel

O Gráfico 13 apresenta como regime do Paludismo agudo e crônico com seu pico no final do verão, no mês de maio, conforme segue:

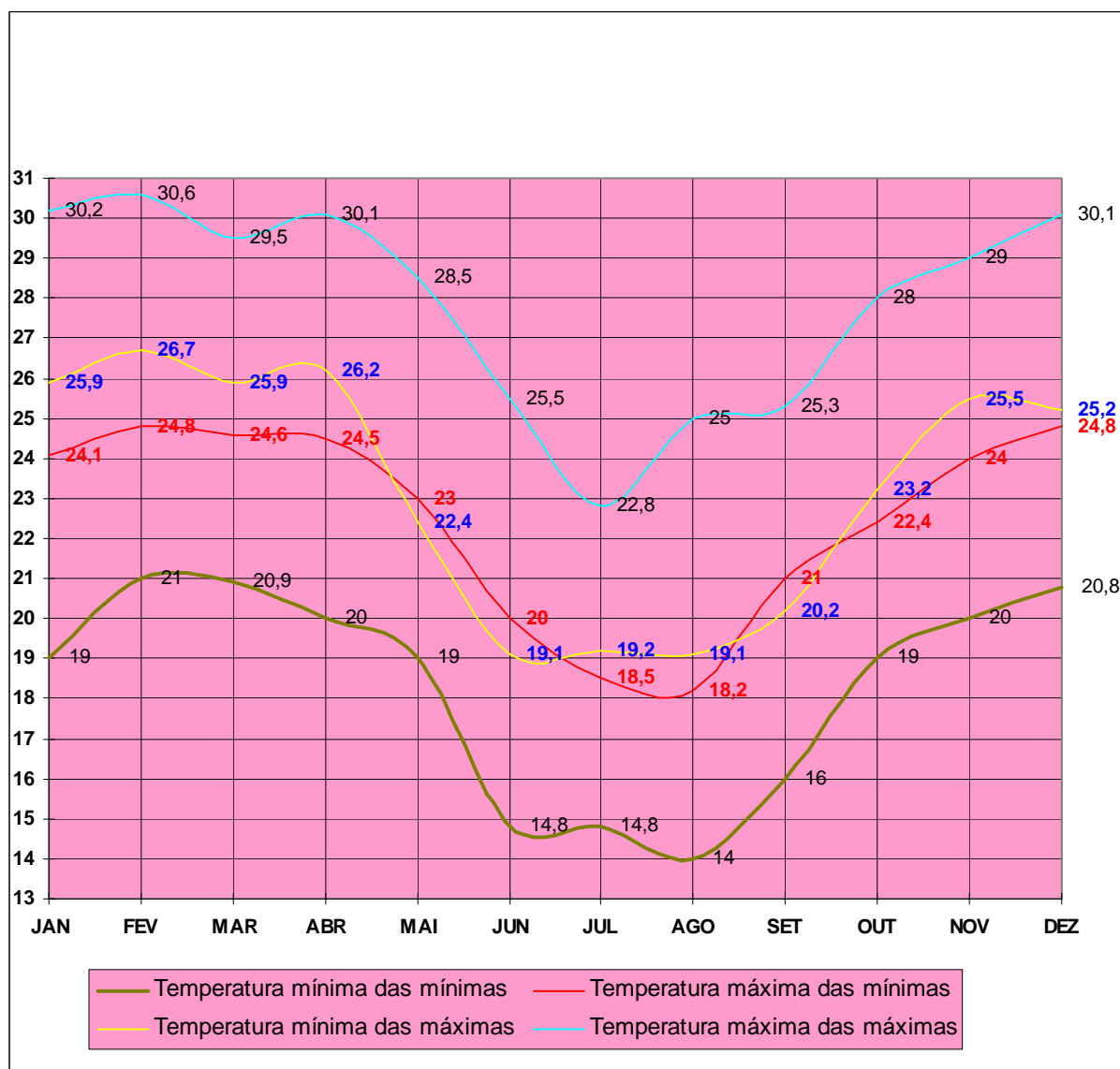
GRÁFICO 13 - Regime do Paludismo agudo e crônico e linha de evolução mensal, das doenças e do paludismo em geral.



Fonte: Academia Real das Ciências – Elaboração: Valêncio Manoel

O Gráfico 14 abaixo apresenta o regime térmico, com um forte verão entre janeiro até abril, quando cai a temperatura e diminui também a intensidade do Paludismo, época de menor reprodução dos mosquitos vetores, principalmente no Cacimbo.

GRÁFICO 14 - Regime climático mensal da cidade de Luanda. Ano 1882



Fonte: Academia Real das Ciências – Elaboração: Valêncio Manoel.

Como síntese, temos a mortalidade com ponto culminante em julho, pois há uma menor temperatura associada a uma maior morbidez no verão, onde as temperaturas ficam mais altas no mês de maio.

A explicação para tal ocorrência: a elevada reprodução dos mosquitos anófeles associada à ação das chuvas e o tempo de desenvolvimento do ciclo no organismo humano, precisamente na corrente sanguínea.

Quanto ao indígena, por sua adaptabilidade orgânica, o mesmo tem menor mortalidade em fevereiro, apresentando a máxima em outubro. Nas curvas da morbidade e da mortalidade, em geral, apresentam seus pontos culminantes, uma

em maio, outra em julho e agosto, o que mostra que a mortalidade da população é mais intensa nos meses mais frescos do ano.

Para os médicos sanitaristas da época, o Paludismo nas cidades de Luanda, Benguela e Ambriz, poderiam ser amenizados, já que estes possuíam um vasto conhecimento do regime de atuação da doença, enfim, conheciam toda a distribuição geográfica da doença. Porém, o que faltava era um sistema de vigilância que fosse efetivamente usado pelas autoridades sanitárias nos Portos destas cidades. Mas, de uma coisa eles tinham plena consciência: a Malária trazia conseqüências gravíssimas nas colônias.

As epidemias vinham acompanhadas de muitas mortes e perdas infinitas aos seres humanos, pois, não foi possível evitar ou mesmo impedir o avanço do Paludismo, bem como o da Cólera, da Febre Amarela e de outras pestes. Apesar dos conhecimentos da Geografia Médica, o aparato foi frágil demais e, sem nenhum valor científico, o que só serviu para prejudicar o comércio e gastar elevadas somas do Estado.

Ainda, segundo os relatos da época, a mortalidade, não apenas em Luanda e Benguela, mas em toda província de Angola, era elevada. Para isso, não só contribuía o clima e a insalubridade, mas também a forma de ocupação das cidades, com forte concentração populacional em lugares sem qualquer saneamento, onde água, fezes e urinas corriam a céu aberto, efetivando a contaminação destas cidades.

Todos estes fatos agravavam a situação das péssimas condições que se encontravam os seres humanos. Sem as devidas providências higiênicas associadas à Medicina preventiva, tais como: as desinfecções; os focos epidêmicos arrasavam os colonos e os imigrantes benguelenses e de Luandenses relacionando perfeitamente uma complexidade entre os elementos da natureza (clima e relevo) e os humanos (população/habitação), criando uma patologia específica para aquelas condições geopatológicas⁵⁰.

⁵⁰ “Todas as tentativas de colonização européia que se tem feito costum centenas de contos de réis, e não tem assegurado à aclimatação de raça nem a de família, porque se julga possível a aclimatação no seu modo de ser natural e não tomam as menores providencias para proteger os colonos contra a influência do calor, do micróbio palustre (ainda neste período não se tinha conhecimento do principal vetor da Malária os mosquitos anófoles), do parasitismo, do clima e das localidades, tais como elas se apresentam nos últimos anos.

Para a vigilância sanitária, os povos indígenas não teriam qualquer importância na vulnerabilidade das epidemias palustres, mesmo porque o único interesse para eles estava na capacidade destes produzirem bens de serviços para a metrópole portuguesa.

Quanto aos imigrantes, porém, todo cuidado era pouco, porque estes representavam à figura do império português na forma humana. Para eles, qualquer indício de epidemia representava um atentado às condições de ocupação nos trópicos. Desta forma, o Paludismo nas colônias, foi motivo de grande preocupação no ultramar, o seu combate exigiu uma polícia especializada, a fim de estudar, combater e difundir uma política higiênica de opressão ao imigrante. O que estava em jogo eram as vidas que se salvavam para o controle e a produtividade comercial da colônia. O interesse foi tanto nesta Geografia Médica, que o regime de morbidade das cidades de Benguela e Luanda foi motivo de um estudo especial no final do século XIX.

A cidade de Benguela, desde a sua fundação, representou um desafio para as autoridades da metrópole. A denominação de Benguela como o “açougue humano” não foi em vão, pois esta reunia todas as condições sistemáticas para o avanço constante das epidemias.

A vulnerabilidade aliada à receptividade da reprodução dos mosquitos vetores levaram a cabo grande parte de população, ameaçando todos os que residiam naquela região muito quente e com um regime pluvial arrasador em certas épocas do ano. As chuvas não só aumentavam o volume das águas dos rios, como também transformavam a cidade num perigoso pântano. A morbidez das febres palustres vinha sempre acompanhada de outras doenças como ver tabela 09:

Não se pensou, por um só momento, na diferenciação que há nas possessões, de umas terras para outras, embora aqui se nos depare a raça preta no seu mais puro grau, nos seus focos autóctones ou nos lugares que a modificaram na cor e nos cabelos, e além a raça amarela; numa possessões, notáveis raças mistas, e noutras cruzamentos de toda a ordem, e em nenhuma a raça branca bem fixada ou bem adotada ao clima e ao solo (...).

... Será, porventura, por causa da febre amarela, da Cólera ou da peste, contra cuja invasão se acha organizada a policia sanitária dos portos?

Não, por certo. Não existem focos destas doenças em nenhuma das colônias. O que lá temos são doenças palustres...

TABELA 09: MANIFESTAÇÕES MORBIDAS ASSOCIADAS COM O PALUDISMO

<i>PALUDISMO</i>	<i>ASSOCIAÇÕES</i>
<i>PALUDISMO</i>	<i>Úlceras</i>
<i>PALUDISMO</i>	<i>Bronquites</i>
<i>PALUDISMO</i>	<i>Reumatismo</i>
<i>PALUDISMO</i>	<i>Diarréia</i>
<i>PALUDISMO</i>	<i>Anemia</i>
<i>PALUDISMO</i>	<i>Varíola</i>
<i>PALUDISMO</i>	<i>Pneumonia</i>
<i>PALUDISMO</i>	<i>Hepatite</i>
<i>PALUDISMO</i>	<i>Tuberculose</i>
<i>PALUDISMO</i>	<i>Escorbuto</i>
<i>PALUDISMO</i>	<i>Febre Tifóide</i>

FONTE: (JUNIOR, 1905, p. 210).

Apesar das dificuldades do imigrante europeu viver em Angola, especificamente em Benguela, havia lugares no sul da província onde a adaptação era esplêndida. Porém, faltava o comércio necessário à sobrevivência. Estamos citando Mossâmedes⁵¹ que possuía menores temperaturas, semelhantes ao clima europeu, em função das planícies.

O bom clima de Mossâmedes, na província do Namibe apesar do fraco calor, não possuía o desenvolvimento comercial de Benguela, afinal em Benguela estava todo o centro da economia do sul de Angola. A falta de investimentos dos portugueses na colônia levaria muito tempo para que os produtos do Namibe chegassem até os centros de consumo, a não ser através dos barcos. Sem estradas suficientes para comunicabilidade, o Namibe ficou durante muito tempo apenas um local de pescadores.

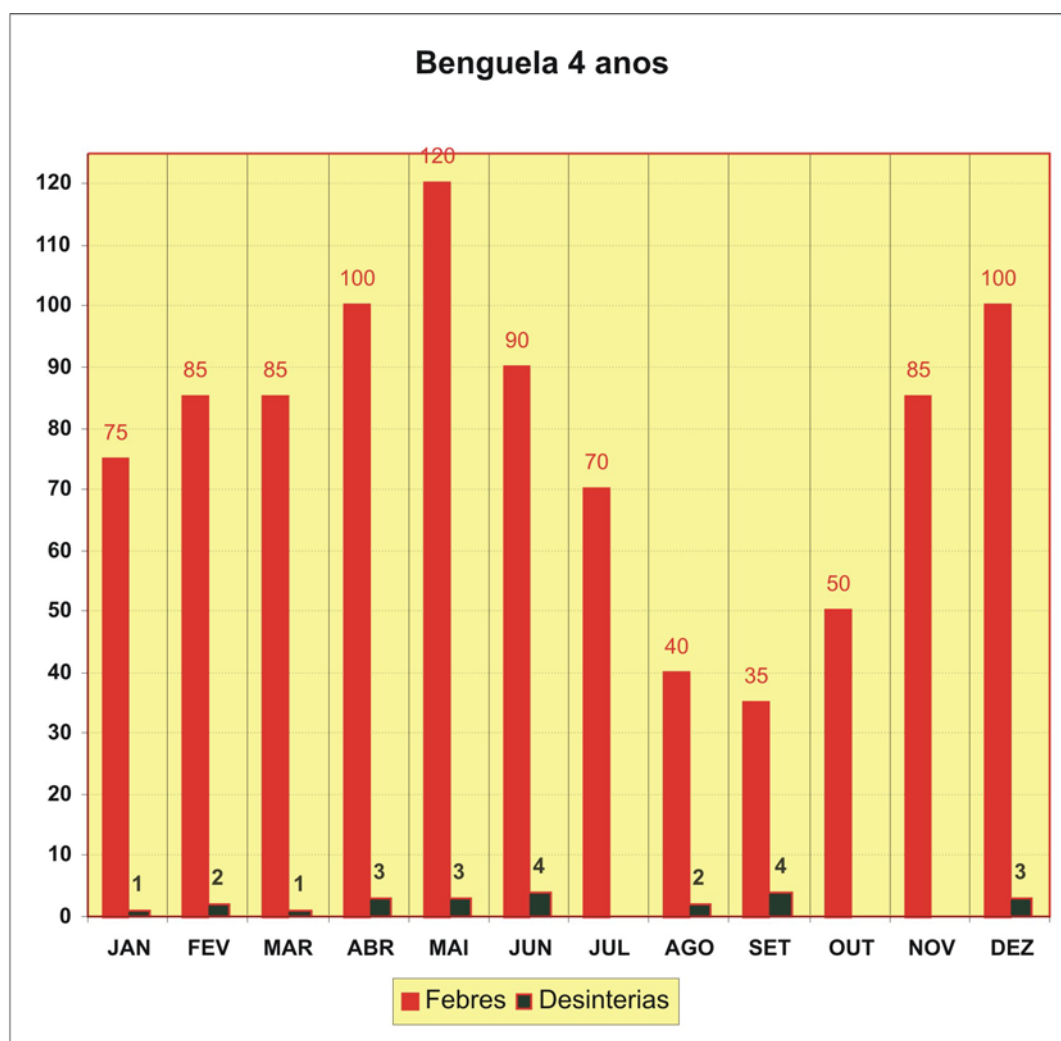
O local era raro em febres, talvez por isso o interesse daqueles que buscavam suas planícies para uma boa higiene contra o Paludismo. Na ausência dos mosquitos vetores da Malária acreditavam na possibilidade da cura. Era uma

⁵¹ "Clima suave e temperado; a brisa que refrigeram, devidas à influencia da Corrente Oceânica que vem do Cabo da Boa Esperança, paralelamente à costa sob elas passa; as viçosas hortas que a circundam, contratando com a aspereza das encostas e planícies em redor, atraem ali indivíduos que pretendem restabelecer a saúde deteriorada pelos calores do norte. Raras são as febres". (CAPELLO & IVENS, 1886, p. 111)

espécie de eldorado da saúde, com um clima brando, tranqüilo, sem insalubridade na Benguela litorânea.

Enquanto isto, a morbidade nos meses de março, abril, maio e junho, com picos de febres e desinterias aumentavam significativamente, caindo nos meses de agosto, setembro e outubro. As chuvas de novembro, dezembro, janeiro e fevereiro, tornam a reprodução dos mosquitos o grande problema da cidade quando cessam as chuvas. Conforme observamos no Gráfico 15 abaixo.

GRÁFICO 15: BENGUELA. MORBIDEZ DURANTE OS MESES DO ANO



Fonte: Academia Real das Ciências – Elaboração: Valêncio Manoel.

Os modelos de atenção à saúde pública através de gráficos, eram comum no século XIX, nos denominados “Estudos de Topografia Médica”. Os médicos sanitaristas praticamente não utilizavam estes estudos, pois, não era produzido por eles, mas sim, por especialistas do Governo Colonial.

Os dados eram secretos e não circulavam nas colônias evitando o pânico na população. Cabia a Academia Real de Ciências a função de sistematizar os dados e indicar políticas regionais de saúde de acordo com o orçamento previsto para os respectivos países: Angola, Moçambique, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe, Guiné Bissau, Timor Leste e Goa. Todas as colônias tinham sérias epidemias de Malária e outras doenças.

O que fica evidente, quando estudamos a Saúde Pública destas ex-colônias portuguesas, é a fragilidade da metrópole em dominar os problemas em suas numerosas colônias. Não havia dinheiro para investimentos nos vários setores das mesmas.

Desta forma, saúde e educação ficavam de fora do orçamento. Havia alguns setores que davam lucros e este fato propiciava uma prioridade, como por exemplo: os minerais. Podemos considerar que os investimentos nos reinos de Benguela e Angola na área da saúde eram insignificantes em proporção à produção da colônia. A visão da metrópole era que todas as colônias trabalhavam de forma deficitária com prejuízos exorbitantes, afetando toda economia da metrópole.

Assim, a população de ocupantes das terras de Portugal ficaram na berlinda de toda a sorte do mundo na área da Saúde Pública. Nas colônias não existiam hospitais, médicos, enfermeiros, sendo que todos eram obrigados a se deslocarem para Lisboa até mesmo para a realização dos partos.

A cidade de Benguela passou quase trezentos anos sem qualquer infraestrutura sanitário-ambiental. Houve ausência total do poder público por parte da metrópole, que apenas fazia questão dos tributos cobrados nos respectivos reinos.

Podemos questionar o domínio colonial no campo da saúde, pois muitos colonos sabiam que moravam num verdadeiro abate humano nestas regiões.

Aliás, a vulnerabilidade ou a fragilidade do império português na África desde o século XVI, era contestada. O esforço português para manter suas possessões ultramarinas, até o final do século XIX, foi intenso, porém, o processo de independência dessas colônias foi inevitável, devido às mudanças estruturais do mundo contemporâneo. A fragilidade portuguesa era percebida em função do baixo investimento no terreno humano, tanto para os brancos pobres que buscavam sobrevivência em Angola, como também para os negros que sonhavam com a independência e separação do “poder português”, não tinham nenhum respaldo da

metrópole desestruturada com dívidas, corrupções e crises políticas, na transição do Império para República ⁵².

As políticas médico-sanitárias no combate ao Paludismo também ficaram num legado da história ultramarina portuguesa, sem dinheiro, não havia saúde, evidenciando uma desilusão para aqueles que sonhavam com uma vida melhor na colônia. Este fato determinou o medo, como principal obstáculo para conseguir uma vida tranqüila e próspera em Angola.

As histórias contadas de patologias da morte ou mesmo o chamado “açougue humano de Benguela” criavam terror e frustrações nos candidatos lusitanos em Angola, ou melhor, fora do continente europeu. As constantes viagens dos militares para Lisboa, a fim de repousar das febres terçãs na cidade das 07 (sete colinas) a beira do rio Tejo ou em países termiais, era uma dura resposta para aqueles que desafiavam Benguela, Lobito ou Comuna da Catumbela ou qualquer outra parte de toda a África portuguesa.

O mais difícil para a Polícia Sanitária era transparecer uma confiança nas ações das patologias em Angola, notadamente em seu território.

O forte cunho ideológico no convencimento tanto das massas indígenas como dos brancos pobres passava também por uma Escola de Medicina com elementos tendenciosos e favoráveis ao regime metropolitano. Talvez, por isto, demorou tanto tempo na idealização material do Ensino da Medicina em Angola. ⁵³

⁵² “um entranhado pessimismo, saudosista de um passado idealizado como grandioso e pleno de glórias, marca o olhar português para África”.

Debilidade e fraqueza (especialmente com relação à falta de meios materiais) e uma atitude aberta, mas ambivalente de humildade pela indigência de então e de orgulho pelas glórias do passado têm caracterizado os discursos sobre a pretensão portuguesa em África elaborados desde o início do século XIX nos mais variados espectros da sociedade colonial. Mas, muito do que o produto de um olhar dirigido de dentro para fora, da metrópole para as colônias, o pessimismo a que me refiro tinge com as cores de uma tristeza tudo que alcança, pois a tudo entremeia. É mais um atributo do olhar e de seus sujeitos do que o objeto olhado. Dirige-se tanto a África quanto a Portugal, tanto as condições físicas do ambiente quanto a gente que o habita”. (FILHO, 2004, p. 22-23).

⁵³ “... A existência de médicos goeses nos serviços de saúde africano introduz um elemento novo na análise tradicional das relações entre colonizadores e colonizados, uma vez que não pertencem exatamente a um ou outro dos grupos e corporizam características de ambos. Quem eram estes médicos que, de um lado, discursavam como colonizadores europeus, clamavam pela civilização, desdenhavam os costumes africanos como selvagens e primitivos, sugeriam políticas de

Tais médicos respondiam exatamente à direção da Pedagogia do Poder Imperial. A eles também caberia um outro poder baseado no cientificismo objetivo das suas convicções, ou seja, uma Medicina que não caberia a totalidade de conhecimentos patológicos dos indígenas, apenas baseando seus conhecimentos em um corpo humano mecânico e sem ligações psíquicas com a mente humana, enfim, todo o conhecimento holístico estava fora de qualquer diagnóstico ou prognóstico médico.

Portanto, respondiam em consonância da Didática do Poder, talvez, em uma alusão “franciscana”: “é dando que se recebe”. Estes médicos goeses, também eram discriminados em Lisboa, pois tinham que, provar sua capacidade de aquisição dos conhecimentos médicos, afinal fazia parte da colonização portuguesa tanto quanto os africanos.

Desta forma, durante muito tempo a Polícia Sanitária, não teve força institucional para intervir definitivamente no agravamento das condições sanitário-ambientais das relações ultramarinas, em especial o caso dos reinos Benguela e Angola, que permaneceram durante longo tempo infectado pelo Paludismo e dependendo única e exclusivamente dos conhecimentos autóctones da Medicina Relacional.

A penúria sanitário-ambiental agravada por epidemias intermináveis ao longo do território, era tanto que a única Medicina posta em prática era agilizava pelos nativos, na qual o branco europeu tinha desconfianças dizendo que era pura feitiçaria dos pretos, muitos preferiam a morte ao uso das ervas ou da iniciação nos rituais nas matas.

Era justamente o reforço dos médicos ocidentais contra crenças, auxiliados pelos religiosos das missões, como o Padre Esterman, no Sudoeste Angolano, que aos poucos fizeram desaparecer a Medicina Relacional autóctone, facilitando a entrada em massa da farmacologia europeia no combate do Paludismo em Angola.

ocupação e melhoria da raça, assumiam cargos administração colonial e, por outro lado, eram subjugados ao poder colonial? Que faziam em África?”. (BASTOS, 2004, p. 101)

2.3. A Comuna da Catumbela no contexto da Geografia Médica: o nascimento do Lobito na busca do sanitarismo para a cidade de Benguela

Na atualidade Benguela, Lobito e a Comuna da Catumbela formam conurbação importante e estratégico na economia do Centro Sul da República de Angola.

Há três fatores conjugados, que levaram o desenvolvimento para região, entre elas destacamos: o Porto do Lobito, os Caminhos de Ferro de Benguela e a fronteira com países colonizados pelos ingleses. Lugares estes em que ocorrem não apenas uma luta desenvolvimentista como também entraves sanitário-ambientais.

Nos detalhes sanitário-ambientais, não coube à história oficial uma análise, em função da expansão capitalista que estava em jogo na economia da própria colônia. Assim, a suspensão desta condição, recaiu nas buscas incessantes dos governantes bengueleses afins, de encontrarem um lócus ideal na construção da nova capital do reino, mais tarde capital da província de Benguela.

Na luta pela salubridade, contra o Paludismo, na Vila da Catumbela, quase se tornou capital.

Segundo a Sociedade de Geografia de Lisboa, a vila foi fundada em 1836 através do Decreto de Dona Maria II, Rainha de Portugal. A vila nascera com forte alarde comercial e agrícola, principalmente em função da extração da borracha, matéria-prima importante e básica no século XIX, nas exportações do Porto de Benguela.

Além do comércio, os sobados da Catumbela, tinham grande poder naquelas áreas, assim os acordos de paz, vieram não só conciliar, mas também, determinar o avanço econômico nas fazendas que circundavam toda a Vila da Catumbela.

Situada na margem direita do Rio Catumbela, aproximadamente 06 (seis) quilômetros da praia da Baía do Lobito, na margem esquerda, cerca de alguns quilômetros da Vila atual, tínhamos a Fazenda São Pedro na conhecida Lagoa do Negrão, cercada de pequenas colinas de terras vermelhas.

Conforme **Anexo B** - Mapa 02 - Mapa dos avanços em Angola.

Ao fundo da bacia do Rio Catumbela ficava a Vila, em local onde o rio desprende da garganta e corre de forma apertada; de um lado, os morros com declividade, onde durante milhões de anos, o mesmo passou e escavou seus meandros.

Na base destes morros, no período da fundação ficavam alguns pântanos, mas que não produziam tantos mosquitos como em Benguela devido ao movimento constante das águas do rio. Mesmo assim, nos meses de janeiro até abril, época das suas cheias, os pântanos aumentavam e conseqüentemente os miasmas e mosquitos malignos tornavam-se insuportáveis originando as endemias de febres palustres, perniciosas e biliares nas várzeas do mesmo.

Atualmente, a Vila é uma Comuna sob administração do Município do Lobito. Os mosquitos vetores, ainda reproduzem-se em grande quantidade, como conseqüência, tem a Malária Epidêmica persistindo no crepúsculo do dia em revoadas pelas ruas da Vila.

Reza a tradição indígena que o primeiro Soba e também fundador da Catumbela não era homem, mas sim uma mulher. Evidenciando que as mulheres sempre representaram uma forte liderança na cultura angolana. A área onde a Vila assentava-se abrangia os bairros do Namano, Cangato e Cuio, nos quais, proliferavam as senzalas da gente da terra. Outra parte da comunidade era oriunda das regiões de Quissange, Cuhula e Hanha.

A Catumbela nos seus primórdios contava com quatro sobados, sendo que três situavam-se na margem direita (Chimbaca, Chirianjamba e Gorongo) e outro na margem esquerda, denominado de Lago do Negrão.

A Catumbela conheceu o crescimento e a decadência comercial num curto período temporal, entre 1837 até 1874. Os produtos deste crescimento eram: cera, marfim e a borracha de primeira qualidade. A partir de 1874, a goma e o couro seco caem violentamente da pauta de exportação, assim, e atinge sua harmônica vida comercial e social, começou a desaparecer gradativamente ano após ano.

A crise passou em todos os setores, mas o que chama atenção é a dizimação gradual da população pela Doença do Sono, pela Tuberculose, Malária e uma forte epidemia de Varíola, em 1864.

Notadamente, Catumbela conheceu 04 (quatro), grande períodos na sua fundação:

- O primeiro, de 1836 até 1846, foi marcado por forte exportação do marfim e borracha.
- O segundo período foi de 1846 até 1856, onde a população urbana se adensou; marcado nas fortes construções nas áreas centrais da vila.
- O terceiro de 1856 até 1864, onde se instalou o início da sua decadência econômica, assim como o sonho de transformar-se na capital do Reino de Benguela.
- O último período foi de 1864 até 1874. O que chama atenção na Vila da Catumbela ⁵⁴ foi sempre o espírito dos habitantes da vila, conhecidos por serem hospitaleiros e francos, prontos para receber e cercar de todas as atenções os forasteiros.

Aliás, na Catumbela atual ser hospitaleiro e gentil faz parte da tradição, a Vila é pura simpatia aos seus visitantes.

A Vila prosperou urbanamente, com destaque, e esforço individual do Sr. Francisco José de Freitas, que chegará à Catumbela no início da sua fundação e criou, no caminho da praia, condições deste ser transitado por carros, aterrando o célebre terreno pantanoso, conhecido como “treme-treme”.

A indústria foi outro fator fundamental no avanço da Vila, pois, constituíram-se da fabricação de telhas e tijolos, provenientes das argilas retiradas nas proximidades do rio, além da fabricação de cal.

Houve uma ligeira tentativa de produzir pólvora e sabão, mas tal idéia foi descartada pela indústria por não atingir resultados esperados. A entrada da borracha, que era exportada em pipas, aumentou o movimento comercial, tornando então a Catumbela digna da rival Benguela, aumentando população flutuante, representada pelos gentios que traziam os negócios.

Mesmo com um bom desempenho no campo econômico, com forte comércio, a situação sanitário-ambiental da Vila da Catumbela não era das melhores, tanto

⁵⁴ “Os poucos os comerciantes de então, viviam em convívio alegre e harmônico, trabalhando de dia e divertindo-se de noite”.

Não havia então as mesquinhas políticas de desarmonia e guerra entre eles, até mesmo porque estavam isoladas da capital do reino. (...) Com o aparecimento da borracha, começou a praça de Lisboa a conceder mais amplos créditos às casas de Catumbela, e começaram os jogos do negocio, abandonando-se a pouco e pouco o negócio. Estabelece-se neste período o transporte por carros de Catumbela para praia”. (BASTOS, 1912, p. 24).

para os europeus, como para os indígenas. Constantemente havia situações de riscos epidemiológicos, a febre palustre não poupava ninguém dos seus ataques.

O grande drama para os moradores ocorria nos períodos das cheias, os bairros no sopé das colinas ficavam totalmente inundados aumentando a proliferação dos mosquitos. Assim, parte da população, nos períodos epidêmicos, tinha que se deslocar rapidamente para a cidade de Benguela, por não haver hospital na Vila.

Em 1885, o primeiro médico, Dr. Carvalho chegou à Vila, acompanhado dos doutores: Brito de Vasconcelos, Feio de Azevedo Lopes, Henrique Maria de Aguiar Gonçalves, José da Cunha, Carlos Correa Botelho da Silva. A chegada dos médicos foi vista com contentamento pelos moradores que visualizaram a possibilidade da construção do seu primeiro hospital, mais tarde seria denominado de “Hospital da Catumbela” em funcionamento plenamente até os dias atuais.

Desfeito o sonho de mudar a capital para Catumbela, pensaram na possibilidade de mudar a capital para a Baía do Lobito, já que nesta área havia menor insalubridade devido à ausência de pântanos. Porém, o Lobito possuía um grande entrave: nesta baía havia uma dificuldade intensa em obter água potável, isto exigiria um custo enorme por parte do Governo Local e Ultramarino. Toda água encanada deveria ser extraída do Rio Catumbela, este fato levou as autoridades rejeitarem tal projeto e relegaram tais obras para um segundo plano, somente desenvolvido na construção de um novo Porto, que, atualmente, é considerado o segundo em importância na República Angola.

A persistência palúrica ou do Paludismo e o aparecimento de outras epidemias como Cólera, Febre Tifóide e Variola levaram as autoridades locais procurarem lugares com temperaturas menores e ausência de pantanais, possibilitando ao Lobito, uma alternativa no sentido de se tornar nova capital do reino.

O refúgio desde lugar apareceu como possibilidade para resolver definitivamente todas as situações de mortalidade em função das dificuldades em viver naquela cidade insalubre.

Mesmo com os problemas sanitário-ambientais da época, a população de Benguela cresceu, dobrando entre 1897 e 1933. Tal crescimento ocorreu pelo fato das motivações feitas através do “império português”, entre elas, os projetos de assentamentos dos imigrantes europeus, ao longo do Caminho de Ferro de

Benguela, na linha férrea do Lobito até a Fronteira da Zâmbia, num total de 1.290 (mil duzentos e noventa) quilômetros.

Tal assentamento forçou, no século XX, um crescimento populacional, não só nas zonas urbanas, como também nas zonas rurais, denominado pelo império de “Fazendas Experimentais”, atuavam sob supervisão da Companhia do Caminho de Ferro de Benguela. Conforme observamos na Tabela 10 abaixo:

TABELA 10: CRESCIMENTO POPULACIONAL DA PROVINCIA DE BENGUELA 1897–1933

1897	1.392 <i>Habitantes</i>
1920	3. 000 <i>Habitantes</i>
1930	5. 000 <i>Habitantes</i>
1933	5.742 <i>Habitantes</i>

Fonte: Castelbranco, 1935, p. 35

Este crescimento populacional, notadamente no início do século XX, precisamente na década de vinte e trinta, marca nova realidade econômica e social na província de Benguela. Conforme tabela acima, um dos fatores desta mudança foi o avanço da Companhia Caminho de Ferro de Benguela ou C.F.B. Esta alavancou o novo progresso econômico nas exportações do Porto de Lobito, em direção á fronteira da Zâmbia, enfim, o Lobito ligou-se a toda África Austral.

Neste contexto, a Catumbela também passa a ser um local privilegiado com sua famosa Estação Ferroviária frontal para Vila.

A necessidade da criação de novos espaços urbanos vem acrescida dos novos problemas epidemiológicos, que na verdade nunca foram suprimidos, mesmo em pleno século XX, onde a Medicina já havia avançado no campo epidemiológico faltavam recursos para investimentos contra gravíssimas doenças que assolavam Benguela, Lobito e Comuna da Catumbela.

Assim, o Estado passou a receber pesadas críticas em relação às políticas públicas na área da saúde aplicadas nas colônias: Angola, por ser a “jóia do império português” também sofreu com esta demora nas atitudes na saúde pública e ambiental.

Por outro lado, havia algumas perspectivas com viabilidades econômicas, por exemplo, o desenvolvimento do Porto do Lobito, que nascia, não somente como opção econômica, mas também como forma do sanitário ambiental.

Lobito deveria ser uma cidade planejada nos moldes sanitários, onde questões como: insalubridade e epidemias deveriam ser questionadas na implementação urbanística da cidade.

Neste aspecto, as residências deveriam ficar totalmente do lado oposto do Porto e também com certa distância razoável das salinas, onde conseqüentemente até hoje existem águas paradas. Tais providências evitariam uma luta que somente seria amenizada no século XX, através da administração do Dr. João Ornelas. Este eliminou os pântanos e lagoas, que rodeavam toda a cidade através do aterro dos mesmos, terminando, assim, com o ciclo ou “lenda de Benguela”, conhecida como terra dos mosquitos, do Paludismo, na qual a peste era principal causa dos óbitos diários.

Já para Lobito não poderia ser desta forma, o planejamento urbano buscaria uma solução para colocar fim da insalubridade, além do Paludismo e da falta de higiene sanitária.

Lobito acenava um sonho antigo de ser a capital da província, porém faltava apenas o dinheiro, que viria da Inglaterra, na implementação do “Porto de Lobito”.

A área, era considerada geograficamente ou geomorfologicamente ideal na construção de desembarque dos navios de grande porte. A natureza foi generosa com o lugar onde apareciam os famosos manguezais e a brilhante formação de restinga, resultado dos aluviões, com constantes regularidades das areias carregadas tanto pela baía de Benguela, como do rio Catumbela, o que deu origem em forma de língua a uma larga faixa de terra ao longo do local portuário.

3. O CAMINHO DE FERRO DE BENGUELA E O DESENVOLVIMENTO DO PORTO NA CATUMBELA DAS OSTRAS: o novo eldorado sanitário–ambiental no Lobito?

O século XX apresentava novas perspectivas sanitário–ambientais, principalmente no que tangia as questões urbanas com problemas de saneamento básico ou mesmo aquelas cidades com alto grau de insalubridade.

No contra–ataque das epidemias apresentavam-se as novas metodologias de higienização ou desintoxicações nos mais diferentes locais.

Os estudos epidemiológicos haviam avançado principalmente nas formas preventivas, pelas quais as comunicações epidêmicas passaram a ser constantes nas áreas de ocorrências primárias, enfim, estavam marcadas para sempre as medidas imediatas na vigilância epidemiológica.

Neste contexto histórico sanitário–ambiental nasce a planejada cidade de Lobito, na antiga Catumbela das Ostras ou a Catumbela das Águas Salgadas. A idéia parece estranha, mas Lobito era e ainda é, uma extensão da Catumbela, porém, na época era apenas uma baía cercada de matagais marinhos denominados manguezais. Neste local primitivamente, escondiam-se as embarcações com corsários contrabandistas, que ficavam impedidos de embarcar ou desembarcar mercadorias (escravos) no Porto de Benguela. Não encontrando facilidades em Benguela resolveram ancorar seus navios na Catumbela das Ostras, mas, mal sabiam eles que ali era o local ideal na formação da geologia marinha para a construção de um dos maiores portos do continente africano.

A princípio, os portugueses que habitavam a mais de três séculos a cidade de Benguela, nunca tiveram qualquer interesse na utilização da magnífica baía de Lobito que denominavam de “Catumbela da Água Salgada” ou “Catumbela das Ostras”.

Este desinteresse ocorria pelo fato dos portugueses acreditarem ser impraticável a existência de uma povoação num local tão afastado da água doce, só aproveitável através do Rio Catumbela, que passava distante alguns quilômetros da recém criada Vila. Um pouco deste desinteresse ocorria, também, pela incapacidade

dos portugueses canalizarem as águas do Catumbela, fato este de que somente veio ocorrer mais tarde.

Analisando historicamente, a ocupação de Lobito deveria ter ocorrido antes da fundação de Benguela, em Maio de 1617, Manuel Cerveira Pereira, com sua pequena armada, recebeu a ordem do Rei para navegar para o sul e fundar uma cidade onde encontrasse uma baía, assim nasceu Benguela.

Todavia, Manuel Cerveira Pereira ultrapassou a baía, menosprezando-a, escolhendo uma baía aberta a 25 quilômetros ao sul. O que pode ter ocorrido foi o seguinte: neste período a formação da baía ainda constituía-se de pequenas ilhas ou ainda, uma possível razão para a escolha de Benguela foi por uma questão de segurança, já que poderia se observar o inimigo na baía aberta, pois Lobito era extremamente fechado.

Segundo Pedro Fragoso de Matos, vice-almirante da Marinha Portuguesa e que em 26 de Julho de 1948 desempenhando a função de Capitão do porto do Lobito, acumulou o Cargo de Presidente da Câmara Municipal do Lobito, a cidade nasceu das areias e manguezais.⁵⁵

O Decreto de 22 de Novembro de 1903, que deu a concessão do Caminho de Ferro de Benguela, transformou-se num efeito bumerangue, pois esta obra de vulto iria transformar o meio ambiente naturalmente equilibrado da natureza lobitanga. O impacto ambiental acelerou um desequilíbrio que já havia iniciado com a ocupação dos manguezais.

As primeiras casas de Lobito que apareceram próximas das pequenas salinas eram dos pescadores artesanais e daqueles que viviam da extração de mariscos. Esta pequena população, de uma forma ou de outra, tinha nos manguezais a sua principal fonte de subsistência, mas mantinham a diversidade biogeográfica do local.

⁵⁵ “...A baía do Lobito, situada na latitude 12°20’S, longitude 13°34 E, a semelhança do que acontece com outros bons portos naturais de Angola –Baía dos Tigres, Porto Alexandre, Baía Farta e Luanda – fica compreendida entre uma longa restinga de areia – cerca de 4.800 metros – orientada no sentido SW/NE e o Continente, tendo forma de um saco alongado, lembrando uma enorme doca.

“Aqueles restingas, resultaram da acumulação de areias, vindas do Sul, provenientes das acções – seculares e constantes – dos ventos dominantes, da piscosa corrente de Benguela e das grandes «calemas»“. (MATOS,1980, p. 2-3)

A chegada da Companhia Caminhos de Ferro de Benguela trouxe o desenvolvimento, mas não a sustentabilidade, o corte do manguezal, o seu aterro e a sua extinção foi o preço pago por uma busca do progresso. Lobito foi transformada num vasto acampamento.

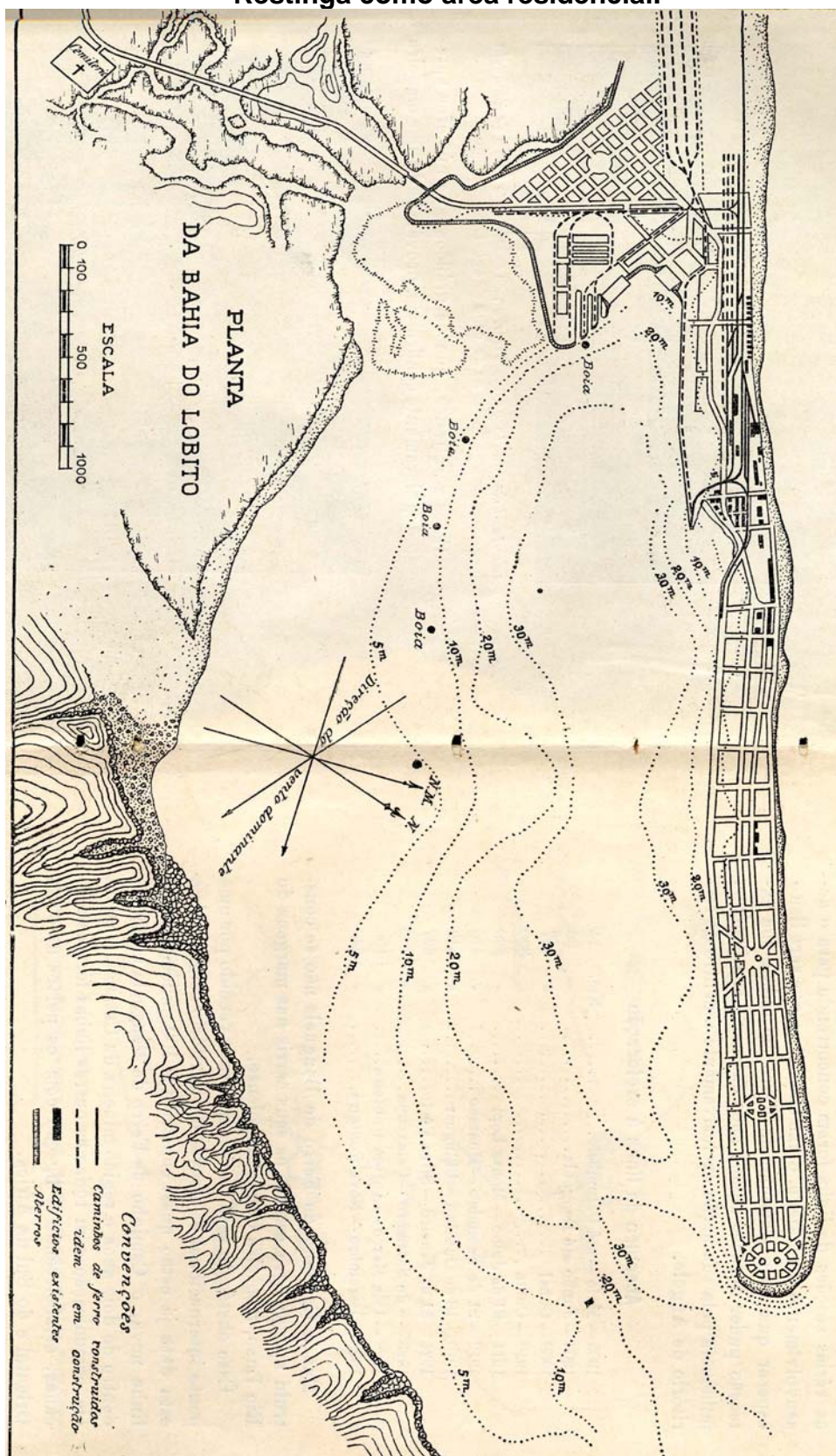
Na construção da Via foram empregados milhares de indígenas da Província, além de senegaleses, caboverdianos, guinenses, sob o mando de um quadro de europeus, além de capatazes e engenheiros de várias nacionalidades.

Cerca de três anos da constituição da C.F. B, o Porto já dispunha da sua ponte-cais provisória de madeira com uns 90 metros de desenvolvimento, permitindo o atracamento com fundos mínimos de 13,30 metros em águas baixas e carga e descarga rápida dos vapores que ali chegavam, entre eles, a Empresa Nacional de Navegação Woerman Line e Union Castle. Coube ao Engenheiro Sebastião Nunes da Mata, a elaboração do anteprojeto do Porto, que ficou pronto em 1907, o problema seria a forma de ocupação da restinga, pois não havia uma legislação específica para a sua utilização.

O grande impulsionador das obras foi o General Norton de Mattos, primeiro como Governador Geral e depois como Alto Comissariado da República, isto ocorreu em duas épocas distintas, entre 1912/1915 e 1921/1924.

Em julho de 1910, o Engenheiro Costa Serrão e o Senhor Mariano Machado, que faziam parte da Comissão de Planeamento da Cidade de Lobito e que tinham como função regularizar os talhões (pedaços de terras) da povoação, entregaram o parecer da demarcação da restinga aos diretores da Companhia de Ferro de Benguela. Ver a Planta 01 (abaixo):

PLANTA 01: Planejamento da cidade com Porto, o Caminho de Ferro e a Restinga como área residencial.



Fonte: Arquivo Histórico Ultramarino de Lisboa

Em setembro de 1913, através da Portaria nº. 1005, o Governador Norton de Mattos ⁵⁶, elevou o povoado do Lobito à categoria de cidade, criando a Intendência do Lobito, a Câmara Municipal, retirando a cidade da jurisdição da Catumbela.

FIGURA 04: RESTINGA DO LOBITO, CASA DOS OPERÁRIOS DA C.F.B.



Fonte: Arquivo Histórico Ultramarino de Lisboa

Entre 1935 e 1946, apesar deste rápido desenvolvimento, o município encontrou um período de completa estagnação. Este fato o impossibilitou de expandir-se legalmente, pois a cidade estava estrangulada entre os limites do Porto do Lobito, do Caminho de Ferro de Benguela e dos manguezais, visto que, ainda não dispunha de um plano de urbanização aprovado pela Câmara e pelas instituições das suas respectivas hierarquias; além disso, não havia o tão esperado Foral (espécie de alvará para posse da terra).

Lobito possuía numerosos terrenos, mas todos pertencentes ao Estado; a cidade estava bloqueada no avanço do seu plano diretor de urbanização. Todavia, isto não impediu o avanço das construções clandestinas, que proliferaram fora dos

⁵⁶ “... Mais tarde, em 1921, o Alto Comissariado de Angola, General Norton de Mattos, publica a adjudicação da construção do cais do Lobito á firma inglesa Pauling Co., cuja conclusão se verificou em 1928, notável acontecimento, de extraordinária relevância para o progresso desenvolvimento regional, o qual, contudo, foi muito prejudicado pelas crises provocadas pela recessão econômica mundial e pela II Grande Guerra e também, pelas dificuldades resultantes da não existência do Foral da Cidade.

...”Finalmente, em 17 de Novembro de 1848, pelo Diploma Legislativo nº. 2110 foi concedido o Foral da Cidade do Lobito, depois de ter sido aprovado o respectivo plano de Urbanização”. (IDEM, 1980, p. 5).

seus exíguos domínios – especialmente em uma área de uma complexidade ambiental, muito importante para a cidade e que impedia até certo ponto, a proliferação dos mosquitos vetores da Malária, na figura dos manguezais cobertos pelos flamingos de cores sui-generis, próprios do Lobito.

No entanto, a carência de habitação, o incremento populacional, as atividades portuárias, ferroviárias, rodoviárias, industriais e comerciais trouxeram vários problemas para o Lobito ligados as questões sanitárias e ambientais. A grande maioria da população vivia em construções clandestinas, sem saneamento básico, nem mesmo uma simples coleta de lixo possuía a cidade. A destruição de parte do mangue consumido como energia para cozinhar, levaria Lobito ao caos epidêmico pela primeira vez no século XX.

A cidade que era conhecida como “a princesa das terras africanas”, já passara a conhecer no início do século, problemas sanitário–ambientais que muitas cidades somente conheceriam no século XXI.

As áreas de restinga não foram ocupadas, mas, sim as áreas dos manguezais, este fato ocasionou muitos danos ao equilíbrio da cidade, entre eles, os flamingos quase desapareceram, assim como as salinas. O exemplo completo desta desordem urbana permaneceu por longas décadas, inclusive, na atualidade, podemos citar como exemplo o Bairro do Campão, área muito extensa coberta por charcos e mangues, sofreu uma violenta ocupação urbana, acompanhada de aterros, todos eles clandestinos, ocasionando um impacto ambiental desastroso. Toda essa área ficou exposta às matérias orgânicas transformadas pela água, as quais buscaram outras saídas na infiltração, provocando os focos de mosquitos e materiais pútridos. No caso dos mosquitos, os seus inimigos naturais, como os sapos e peixes, desapareceram pela urbanização.

Assim sendo, o Lobito, na década de trinta, já apresentava problemas ambientais sérios, colaborando desta forma com o Complexo Patogênico da Malária, tanto como a cidade de Benguela que já era desde o princípio da sua fundação.

Considerando que a cidade deveria ser um sanatório no litoral, tais ameaças, fizeram as autoridades buscarem ao longo dos Caminhos de Ferro de Benguela novas áreas para tais fins, fora da Huila, que era conhecida como terra agradável, com ausências de insalubridades e mosquitos por localizar-se no planalto.

Lobito sofreu, em pouco tempo, um grande impacto urbano, que só viria a acontecer novamente nos anos de 1980 e 1990, com a explosão demográfica ocasionada pela guerra civil angolana, na qual novamente emergiu este problema, solucionado quase na totalidade com o Projeto de Reabilitação Urbana das duas cidades e da Comuna da Catumbela. Para os Caminhos de Ferro de Benguela, ainda persistia um outro problema, que seria a urbanização da ferrovia ao longo do seu percurso.

Ao incrementar o Porto da Cidade do Lobito restava fazer uma política de ocupação ao longo da ferrovia com facilidades de escoamento da produção ao Porto, assim como nos moldes ingleses administrar a Companhia num sentido de lucratividade crescente, talvez nos moldes das Companhias de Moçambique.

Para tanto seria necessário o apoio do Governo de Antonio de Oliveira Salazar com o seu Ministro ultramarino a frente de um grande projeto de colonização ao longo da ferrovia.

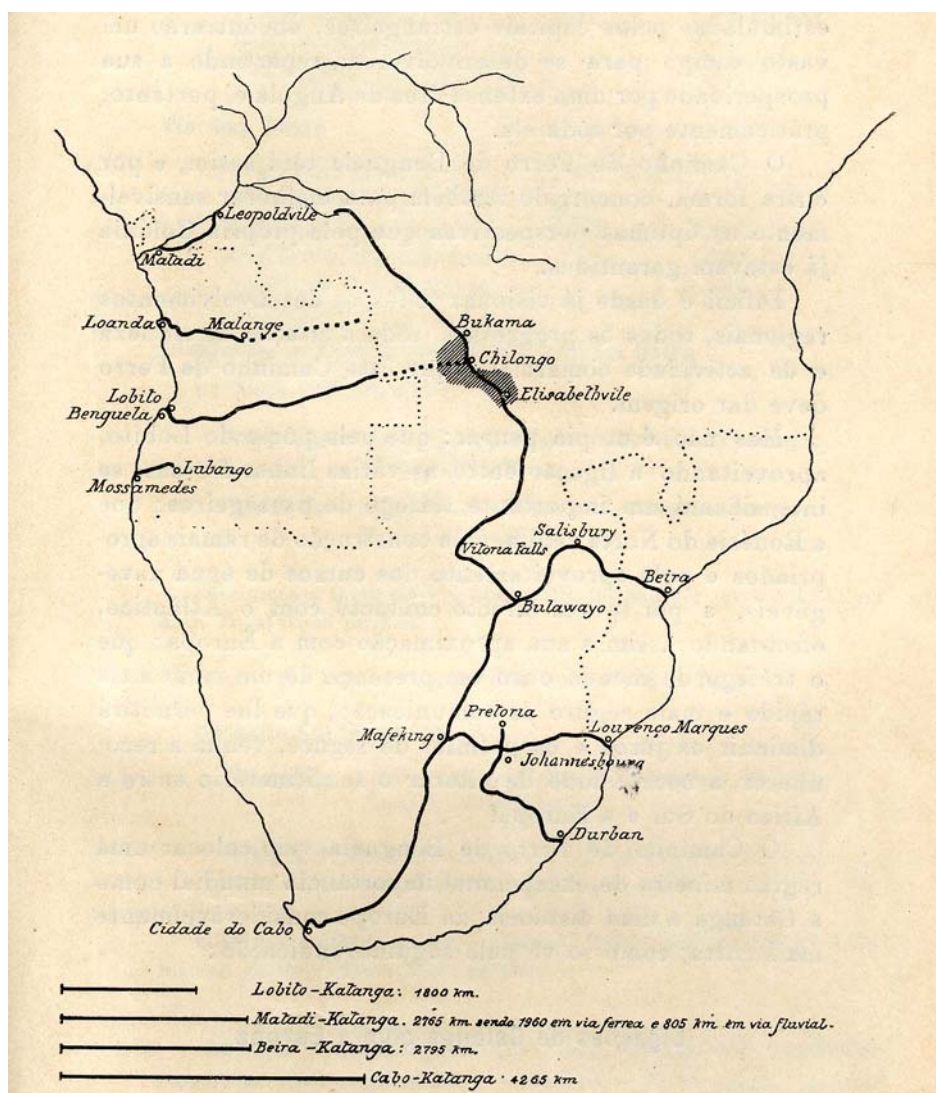
Para o Lobito, restava ser apenas o centro controlador do Porto e da Ferrovia, como acontece até hoje. O sonho de se tornar uma cidade insalubre havia ficado para trás, em função da super-ocupação humana ocasionada pela construção do Porto e da Ferrovia.

O que fica presente na opção histórica do Lobito é o fato de que primeiramente a cidade, que era um bairro da Catumbela, vivenciou um período no qual ultrapassou a capital como centro de comércio e por pouco não se transformou na capital da Província.

Daí, sua constituição está notadamente marcada no contexto sanitário-ambiental da cidade mãe, o sonho somente foi frustrado em dois momentos históricos:

- A falta de recursos no século XIX;
- O “boom” demográfico, com o aquecimento da economia naquelas paragens, devido tanto à construção do Porto como também dos Caminhos de Ferro de Benguela.

MAPA 03: Localização dos núcleos de colonos na zona de influência da extensão ferroviária da C^o de F^o de Benguela



Fonte: Arquivo Histórico Ultramarino de Lisboa

As tentativas de povoar Angola, sempre existiram, porém, nem todo o bom cidadão do império queria aventurar-se por aquelas bandas da África Subsaariana, locais sem qualquer infra-estrutura para sobrevivência dos ocidentais. Aqueles que eram submetidos a tais aventuras não eram heróis, mas, sim homens rudes ou processados que eram obrigados a imigrarem para cumprirem penas ou outras obrigações do Estado.

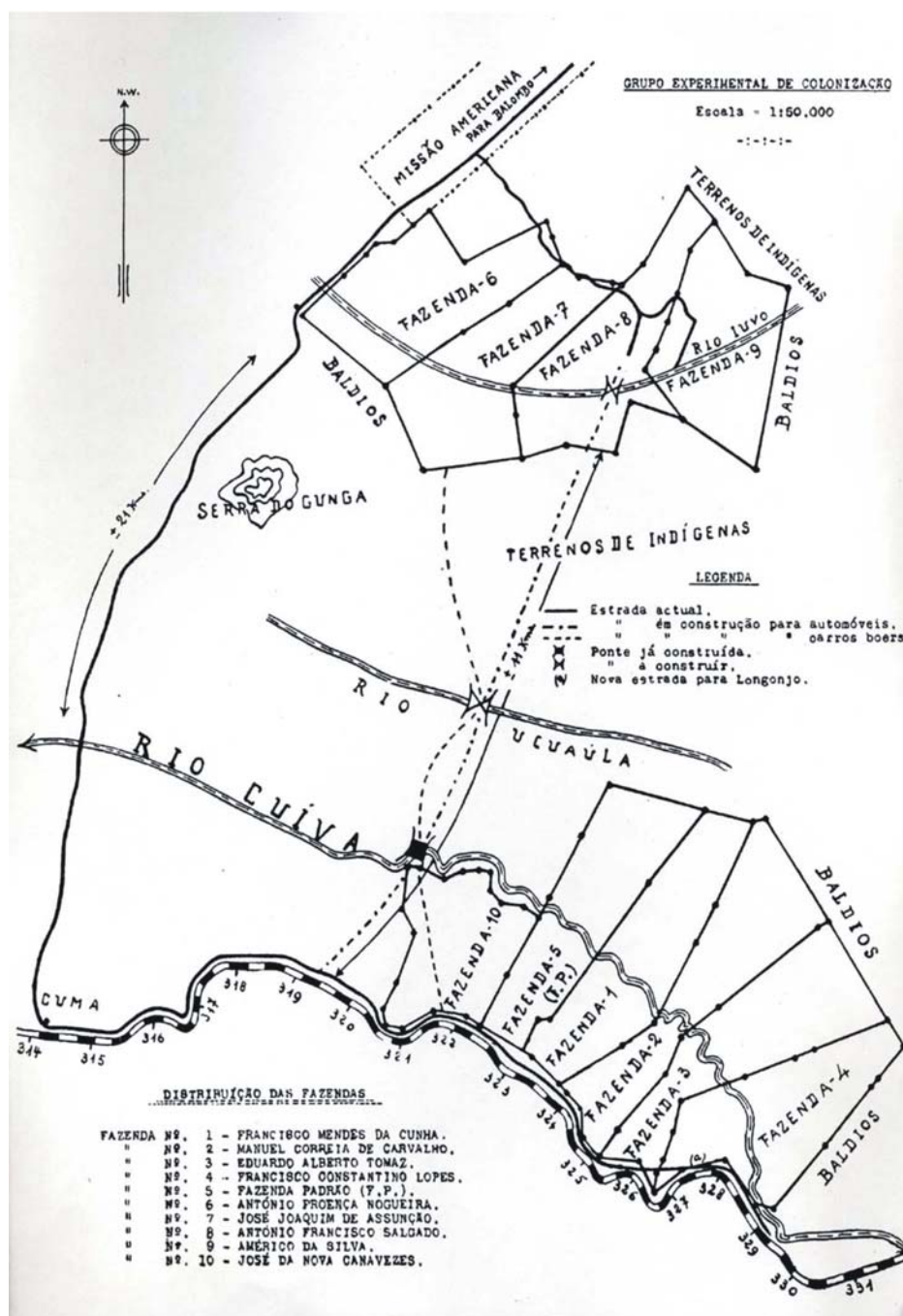
FIGURA 05: FAMÍLIA DE IMIGRANTES PORTUGUESES



Fonte: Arquivo Histórico Ultramarino de Lisboa. Relatório das ações ultramarinas, p.145, Lisboa, 1936-1940.

Os colonos que submetem a imigração tinham pleno conhecimento das dificuldades no terreno. Para alguns, colonizar aqueles sertões não seria novidade, porém, outros encontrariam muitos obstáculos, mesmo com os subsídios da Companhia dos Caminhos de Ferro. Muitos enfrentaram o calor, as epidemias, na tentativa de superar os desafios impostos pelo sistema. A troca deste esforço sobrenatural, ficava estabelecida na forma proporcional do pagamento da dívida contraído pelo colono, que progressivamente abatia a mesma com as colheitas anuais, num sistema de quase de meeiros. (Ver Mapa 04) Distribuição das Fazendas ao longo dos rios, próximos da C.F.B.

MAPA 04: Distribuição das Fazendas aos G.E.C.



Fonte: Arquivo Histórico Ultramarino de Lisboa

De 1936 até 1945, fizeram parte do Grupo de Experimental de Colonização (G.E.C.), 16 colonos e suas respectivas famílias num total de 80 pessoas ao longo do Caminho de Ferro, neste mesmo período o acompanhamento destas famílias foram feitas de perto pelo sistema médico colonial e os números foram: Ver Quadro Nº. 03:

QUADRO 03 – MOVIMENTO SANITÁRIO DOS COLONOS E FAMÍLIAS
Baixa hospitalares em Benguela e Lobito na Experiência de Colonização da Companhia dos Caminhos de Ferro de Benguela:
Ano 1936 - Principais Diagnósticos

<i>Anemia Palustre</i>	<i>(01)</i>
<i>Abscesso</i>	<i>(02)</i>
<i>Anginas</i>	<i>(01)</i>
<i>Bronquite-palúrica</i>	<i>(01)</i>
<i>Extração de Agulha</i>	<i>(01)</i>
<i>Extração de pulga penetrante</i>	<i>(01)</i>
<i>Febre Biliosa Hemoglohínúrica</i>	<i>(01)</i>
<i>Febre Tifóide (após Parto)</i>	<i>(01)</i>
<i>Febre Palustre</i>	<i>(28)</i>
<i>Feridas Infectadas</i>	<i>(04)</i>
<i>Gripe</i>	<i>(02)</i>
<i>Fraqueza Geral</i>	<i>(02)</i>
<i>Indeterminada</i>	<i>(01)</i>
<i>Mordedura de Cão</i>	<i>(01)</i>
<i>Nefrite</i>	<i>(02)</i>
<i>Nervoso Gástrico</i>	<i>(01)</i>
<i>Operação Cirúrgica</i>	<i>(01)</i>
<i>Partos</i>	<i>(06*) 57</i>
<i>Providos</i>	<i>(01)</i>
<i>Tênia</i>	<i>(01)</i>
	TOTAL = 59 CASOS DIAGNÓSTICADOS

Fonte: (IDEM, 1947, p. 23)

Mesmo após intensas campanhas sanitárias, por decreto do governo de Salazar, foi detectado que a Malária persistiu endemicamente na província castigando a população quer europeu, ou indígena, numa proporção acentuada sobre todos os males que atingiam aqueles pioneiros da colonização. No entanto, não podemos deixar de citar o desenvolvimento que Companhia Caminhos de Ferro de Benguela levou para a capital revigorizando sua economia no período da proibição da venda de escravos no século XIX. O forte investimento em todos os

⁵⁷ OBS: O baixíssimo número de partos é justificado em função do envio a Portugal das mulheres para terem filhos na metrópole, isto ocorreu até 1950.

setores, principalmente no quesito da promoção da saúde dos europeus e indígenas.

Neste mesmo período Portugal sofreu fortes críticas da comunidade internacional, principalmente no tocante à exploração sem racionalidade dos negros e dos bens naturais da sua colônia.

Portanto, novas políticas tinham que serem implementadas urgentemente, já que o capital investido na construção da ferrovia repercutiu favoravelmente numa forte imigração para as cidades de Benguela e o Lobito. Ver Quadro 04 e Figura 07:

QUADRO 04 – CAMINHOS DE FERRO DE BENGUELA – CUSTOS

<i>COMPANHIA CAMINHOS DE FERRO DE BENGUELA</i>	
<i>Capitais – Ações</i>	<i>ESC (OURO) 13.500.000\$00</i>
<i>Capital – Obrigatório</i>	<i>ESC (OURO) 16.414.920\$00</i>
<i>TOTAL</i>	<i>ESC (OURO) 29.914.920\$00</i>
<i>SEDE EM LISBOA:</i>	<i>Largo do Quintella, 11.</i>

Fonte: (IBIDEM, 1947, p. 29)

FIGURA 06: Estação da Catumbela 1922



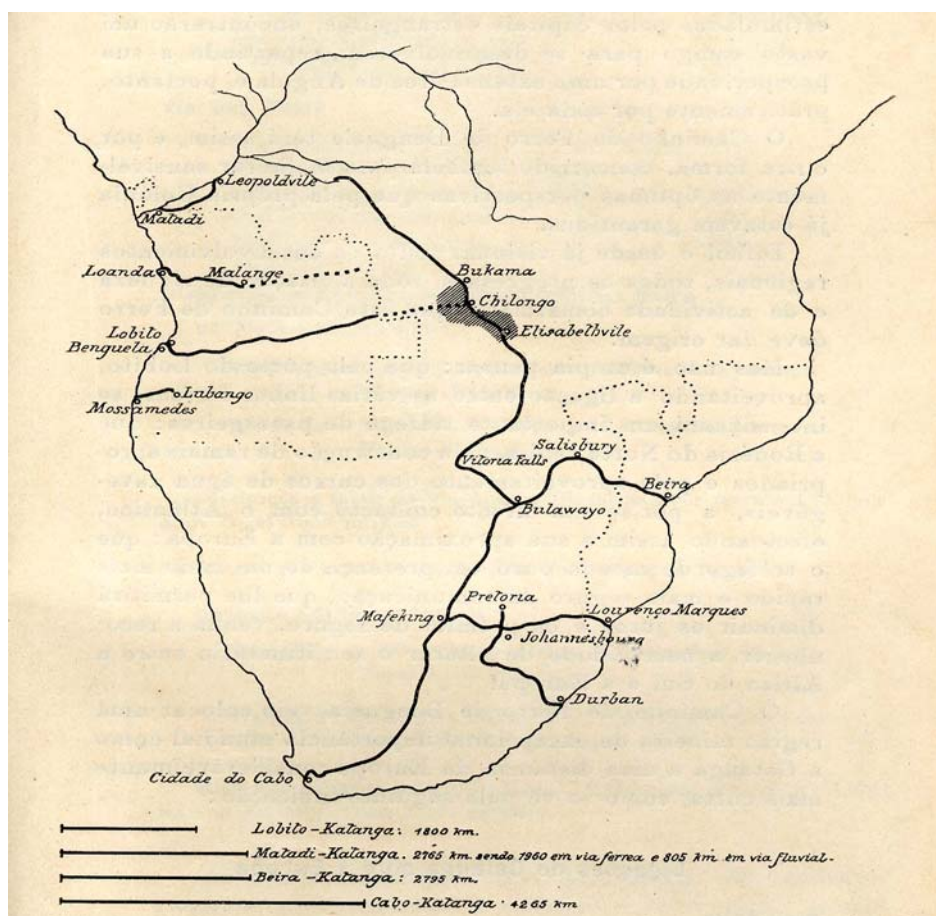
Fonte: Arquivo Histórico Ultramarino de Lisboa

Na verdade, todo o apoio econômico na construção da ferrovia, estava centrado na Inglaterra, que neste período mantinha pelo mundo empresas globalizadas para construção de estradas de ferro, onde o capitalismo era um rendimento satisfatório, foi assim no Brasil, Moçambique, Índia, Quênia, Angola e

vários países pelo mundo, afinal eles detinham a tecnologia da construção necessária ao funcionamento das companhias.

No caso da C.F.B., o controle era exercido por um Comitê localizado na New Broad Street, em Londres, denominado “Friars House”. A linha férrea foi construída desde o Lobito até Camacupa, com 702 km de extensão; sendo que todo o trajeto ao final do Projeto era do Porto do Lobito até a fronteira da Zâmbia, na região mineira do Katanga, totalizando 1.800 km de extensão. Ver o mapa 05: do Lobito ao Katanga:

MAPA 05: Extensão dos Caminhos de Ferro de Benguela, de Lobito ao Katanga.



Fonte: Arquivo Histórico Ultramarino de Lisboa

O avanço da C.F.B. trouxe o aparecimento de novas cidades no planalto da província de Benguela, com destaque para a planejada cidade de Huambo, conhecida pelos portugueses como “Nova Lisboa”, um sanatório com novos ares e sem insalubridades, fora do nível do mar. Agora aos portugueses, não cabia mais ir

a Lisboa receber o clima das suas colinas, a fim de purificar-se das febres terças malignas de Luanda, Benguela e Lobito.

FIGURA 07: FEBRE PALÚRICA

Neste Cartum britânico de 1792, uma vítima da Malária treme sob o domínio de calafrios, que agem como tenazes enquanto o demônio escaldante da febre espera sua vez. À direita um médico prepara um remédio



Fonte: (FARRELL, J., 2003, p. 166)

3.1. O início e a fundação da cidade de Huambo: um paraíso distante da insalubridade do litoral ou uma “Nova Lisboa”?

A necessidade de avançar da ferrovia em direção a Zâmbia, criava também novos desafios para os engenheiros da C.F.B., um deles era galgar uma diferença de altitude do nível do mar, cerca de 1.720 metros, até chegarem ao Huambo. A escala de acesso ao planalto da Província de Benguela era composta dos degraus de Saha, Co-luteva, Catengue, Sollo, Cubal, Ganda, Lepi, Caala e Huambo.

Outro desafio era encontrar ao longo da ferrovia um lugar ideal para “futuros centros” de população. Nesta época, entre 1910 e 1911, os engenheiros já haviam demarcado as povoações do Cuma, Lepi, Chicanda e Caala, faltando marcar Quipéio, Nova Lisboa, Chinguar e Silva Porto, na Província do Menongue.

Também já havia sua distribuição de acordo com o Decreto nº. 25.027, do Grupo Experimental de Colonização do C.F.B. e em quais cidades ficariam os colonos europeus.

Os colonos portugueses auxiliados pelo Estado ficariam em Quinjenje, Nova Lisboa, Lépi (Benguela - Huambo) e Silva Porto, no Menongue. Os alemães no Cubal, Ganda e Chicuma (Benguela) e Quipeia, junto com os polacos; os italianos no Chinguar (Bié).

Em Huambo, de um lado da linha ficaria a “yard” (Escritório da Direção da Companhia) e do outro a Estação do C.F.B., para o carregamento de borracha, cera, legumes, milho, etc. Estavam localizados próximos da ferrovia, os armazéns de permuta e a povoação dos comerciantes, em ruas paralelas à linha férrea e algumas perpendiculares, formando o conjunto de talhões que eram arrendados aos diferentes negociantes.

Estes acompanhavam com seus armazéns de provisórios o avanço do Caminho de Ferro, cujo “rail head” cada vez mais chegavam as caravanas, vindas do interior, que primitivamente desciam à Benguela, para fazerem permuta.

Nestas povoações, especialmente no Cuma, viam-se os armazéns da Companhia do Congo Português, da Companhia Comercial de Angola, dos negociantes Antônio da Costa, Silva e Lopes, Contreiras, etc., havia casa de mataca (habitações provisórias feitas de palmeiras e teto de ferro de canelura, que era o material descartado pela ferrovia), ao lado de hotéis, bares, casas de habitação, tabernas e, sobretudo, as lojas de permuta com os gentios (os “indígenas”) e ainda as célebres salas”, como vulgarmente chamavam os portugueses. Eram ambientes de requinte, onde os comerciantes⁵⁸ mais importantes encontravam-se.

E mesmo durante a construção dos barracões para o avanço da obra havia grande preocupação na questão sanitário-ambiental, sendo que o avanço para o interior sempre era acompanhado na presença de um médico. A limpeza, era fator

⁵⁸ “E tudo erguia se em poucas semanas, depois de o C.F.B. ter montado a sua Estação com o seu escritório. (...) Afastados destes centros, formavam-se dois núcleos de casas, sendo a principal formada pelas habitações do pessoal do C.F.B., o Chef-Engineer Mr Robins, o Assistent Engineer Mr Verian. O outro núcleo era formado pelo quartel da força de cavalaria do policiamento dos trabalhos”. (BOLETIM DA AGÊNCIA GERAL DAS COLÔNIAS, Nº 7, 1926, p. 16)”.

importante, a fim de evitar as epidemias que assolavam tanto Benguela como as localidades próximas do litoral.

A escolha do local para povoação de Huambo foi muito pesquisada pela equipe de engenheiros, sendo que no princípio foram escolhidos três locais, entre eles: o Forte de Huambo, o Alto Caululo e a Missão de Huambo, onde se encontravam os padres Keling e Blank, que faziam um trabalho de interpretação lingüística das línguas indígenas Ombira y Ongombe, a fim de evitar o desaparecimento destas num futuro próximo.

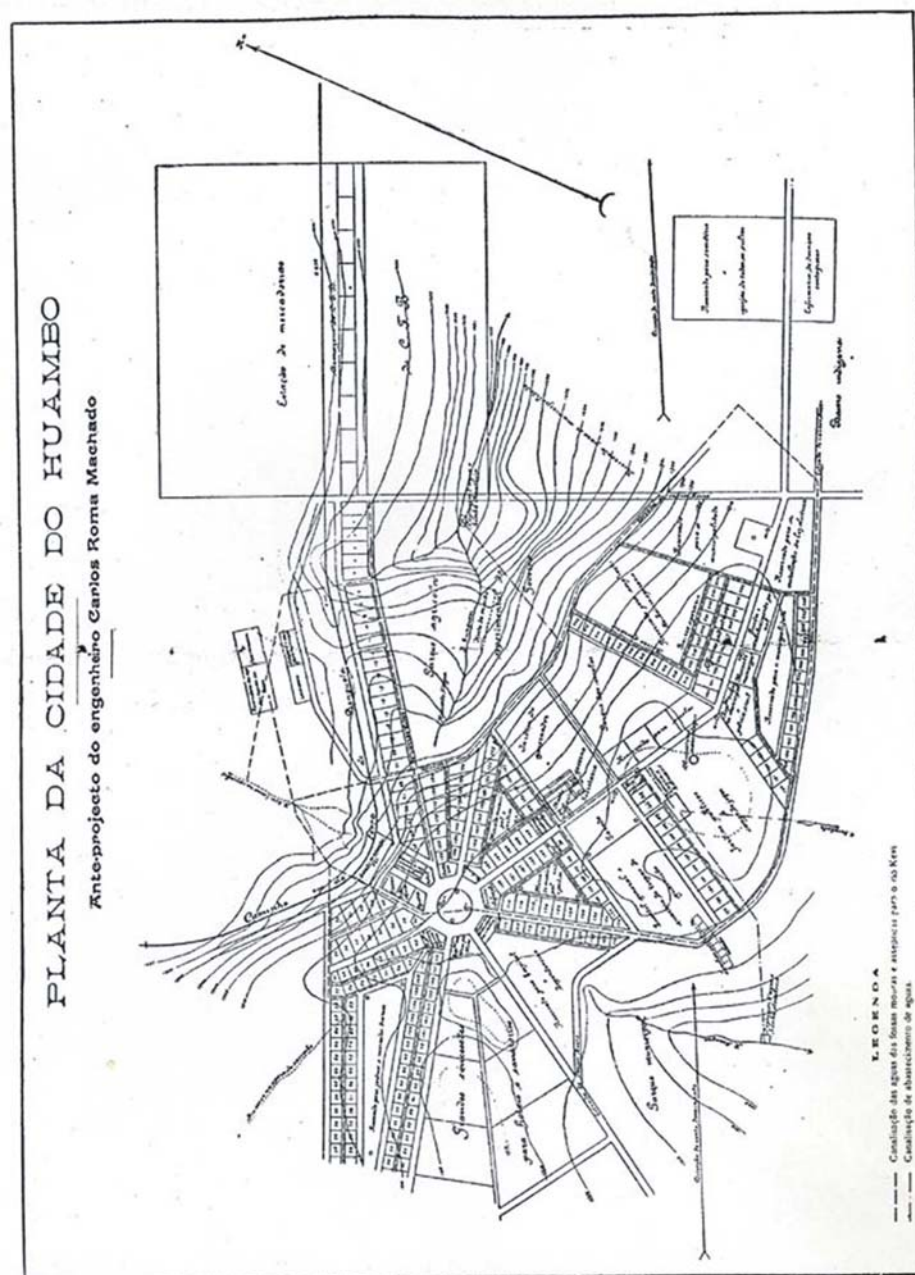
No caso da Missão era um pouco difícil, pois deveriam fazer indenizações aos padres ou até mesmo cambiar um outro local para a continuidade da mesma.

Coube ao Governador Norton de Mattos a decisão que acabou sendo pela ocupação da “Missão”. Na época avaliada em três contos pelas edificações, entretanto, nunca foram pagas aos usucapiões.

A planta completa da cidade foi de autoria do Engenheiro Carlos Roma Machado, que ficou pronta poucas semanas depois, sendo entregue ao Governador Norton Mattos sendo aprovada sem restrição.

Ver Planta 02, da Cidade do Huambo, repare o modelo para o desenvolvimento urbano a partir da rotunda principal no estilo de Paris, além da ligação com a C.F.B.

PLANTA 02: Cidade de Huambo ou Nova Lisboa – Paraíso da salubridade, enfim, a Cidade ideal com o clima da saudosa Lisboa.



FONTE: Boletim da Agência Geral das Colônias, Nº 7, 1926, p. 18.

A localização da cidade, que ficava a leste da fortaleza de Huambo, com cerca de 1.650 metros de altitude, deparava-se nos cruzamentos das antigas estradas do Sambo ao Bailundo, Caconda ao Bié, cruzamentos distantes da baía do Lobito, com cerca de 317 quilômetros em linha reta.

Nesse local, situam-se o planalto da Ombira Y Ongombe e a Missão do Espírito Santo, convergindo ali vários morros, contornados pelos afluentes dos rios

Cuneme e Quevi, cujas águas vertentes são separadas pelo planalto. Ali terminava a gigantesca escada de Benguela ao planalto central.

Lugar verdejante, ameno, arborizado nas encostas, livre de miasmas e de animais nocivos à vida do homem, tendo condições climáticas de um verdadeiro sanatório e no qual a população portuguesa branca poderia viver por várias gerações, sem a necessidade de ir até Lisboa a procura de tratamento para as febres terças maláricas.

Com a fundação de Huambo, não poderiam permanecer as famílias, tanto dos portugueses como dos europeus, em condições climáticas rústicas, nas regiões baixas, mais ou menos pantanosas e insalubres, perto do mar.

A impressão de que os primeiros ocupantes de Huambo sentiram, é que era o lugar definitivo para a ocupação e moradia; devido à altitude e com ajuda dos padres da missão na escolha de um lugar ausente da insalubridade e dos mosquitos transmissores do Paludismo e da mosca tsé-tsé, após muita busca, enfim, era o local ideal felizmente para os novos colonizadores ⁵⁹.

Na verdade, essa nova cidade atendia ao anseio das políticas de imigração do Governo português, no sentido de “criar” um local que ofertasse reais condições de adaptação e sobrevivência em Angola.

A “Nova Lisboa” era finalização de uma longa busca dos portugueses, nos campos sanitário e ambiental, para reforçar uma forte presença da imigração europeia na África.

A busca incessante da eliminação destes tormentos ambientais, principalmente Malária, daria condições para ocorrência da tão sonhada explosão demográfica em Angola. Entretanto, entre os anos 1910 e 1926, justamente na implementação básica do eixo dos Caminhos de Ferro de Benguela, Portugal

⁵⁹ “Os rostos dos alunos, alguns brancos ou de meia cor, indicavam bastante saúde. O local devia, pois vir a ser um verdadeiro sanatório. Mais para diante, nos 30 quilômetros que dias depois percorremos, não encontramos nenhum local que com este se parecesse. Vimos o monte Naué à cota 1.800 metros, cuja aridez e acidentação eram pouco próprios para uma povoação. Atravessando, a seguir, os rios Cutato e Cuquema, as cotas 1.770 metros e 1.650 metros, encontram várias vezes mosquitos, e, descendo para 1.350 metros, passamos de novo o segundo rio, em clima mau, deixando à direita do quilometro 475 do estudo da linha férrea a posição de Candumbo, planalto à cota 1.775 metros, único que poderia servir para uma cidade, se não fosse tão batido dos ventos como é, se tivesse água mais perto e se ficasse mais próximo da linha férrea”. (IDEM, 1926, p. 40).

passava por uma crise política que marcou definitivamente a Chamada Primeira República Democrática Portuguesa, isto, fez refletir, o fraco poder do Império nas suas colônias africanas.

Neste momento está sendo desenvolvido o embrião que trará a luz, as possibilidades da independência que irá acontecer, no caso de Angola, cerca de 20 anos depois na década de 50 e 60 (início da Luta pela Independência nos países africanos) ⁶⁰. Tais brechas resultaram na Independência não só de Angola, como também de toda África portuguesa.

A trajetória política de Portugal, na década de 10 e 20, do século XX, não era das melhores no âmbito institucional. Por outro lado, Governador Geral Norton Mattos, em Angola, fazia importantes inaugurações com avanços significativos para a fixação do domínio português naquelas terras, pois o poder britânico tinha uma forte vocação capitalista em toda a África.

Entretanto, com ou sem crise, a cidade de Huambo ou a “Nova Lisboa” foi inaugurada, em 21 de setembro de 1912, com toda a assistência do Governador Geral, Norton de Mattos e do Governador do Distrito, Sr. Góis Pinto, além dos representantes da Justiça, da Fazenda, da Medicina, da Procuradoria da República, do comércio de Benguela, das Forças Militares e da Fiscalização do Governo. Ainda com representantes da C.F.B., enfim, estava inaugurada a primeira cidade portuguesa no planalto de Benguela.

⁶⁰ “Em 1961, Portugal era uma potência colonial fraca, mas resistente e a beira de terminar”.....

(...) O Primeiro-Ministro português, Antônio Oliveira Salazar, era a personificação do atraso e da tenacidade e para muitos era igualmente causa de perigo iminente.

Nascido numa família humilde em 1889, Salazar amadureceu num período caótico e tumultuoso na história de Portugal.

Entre 1910 e 1926, durante o tempo da Primeira República democrática, houve 45 governos, quatro dos quais foram derrubados por golpes militares.

A República era uma espécie de guerra civil ininterrupta com ataques bombista, golpes e tentativas de golpes, maquinações labirínticas, motins militares e civis, greves e lock-outs.

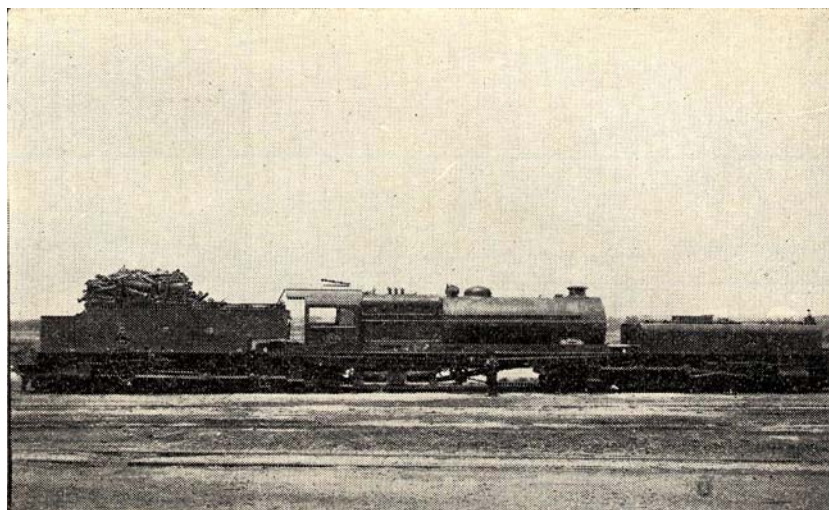
A taxa de alfabetização era de apenas 22 por cento e entre 1919 e 1924, economicamente o pior período, houve mais de vinte desvalorizações da moeda; este período foi prólogo da mais longa ditadura da Europa Ocidental.

“Viria também a deixar Salazar com uma antipatia indisfarçável contra as instituições democráticas e uma absorção total, por vezes brutal, pela lei e pela ordem”. (SCHNEIDDMAN, 2005, p.38)

Abaixo podemos observar chegada do comboio com os convidados para inauguração da cidade.

FIGURA 08: LOCOMOTIVA

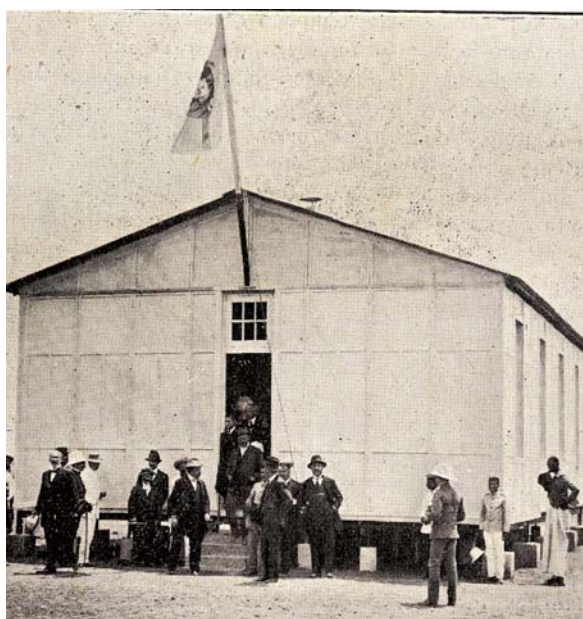
Chegada do Comboio com os convidados, para inauguração da cidade de Huambo, na Locomotiva Garrat, em 21/09/1912.



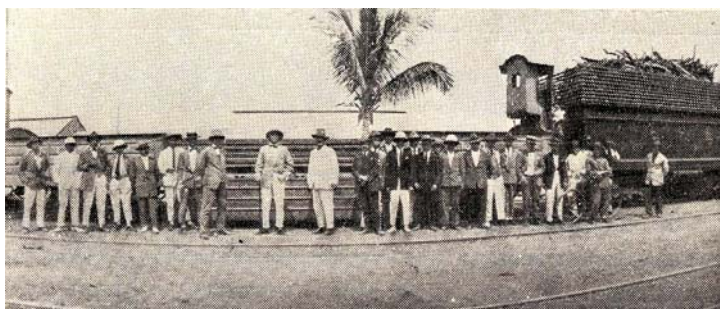
Fonte: Arquivo Histórico Ultramarino de Lisboa

FIGURA 09: FUNDAÇÃO DE HUAMBO

O Alto Comissário da Província de Angola, General Norton, em Huambo na inauguração da cidade, 21 de setembro de 1912



Fonte: Arquivo Histórico Ultramarino de Lisboa

FIGURA 10: COMITIVA**Partida dos convidados para inauguração de Huambo, na Estação da Catumbela.**

Fonte: Arquivo Histórico Ultramarino de Lisboa

Nesta cidade estavam realmente reunidas todas as condições para viver sanitariamente muito bem:

1º a cidade seria um futuro sanatório de europeus, tanto da Província como do Congo Belga, porque lá não havia um clima que se poderia comparar com o de Huambo, e com o qual estava ligado pela Via Férrea. Além de um centro de população, onde as famílias brancas iriam residir com permanência, fato que até 1912 não tinha ocorrido na Província de Angola, em tal latitude e altitude;

2º seria um futuro centro da C.F.B. que além de permuta comercial, realizaria também exportação e importação dos gêneros e produtos para o Bailundo, para o Sabo e para a Huila, sendo que estas localidades seriam ligadas por uma futura estrada;

3º seria um centro agrícola, comercializando os produtos da colonização de toda zona que rodeia o planalto;

4º seria, ainda, um ponto de concentração das autoridades distritais e dos empregados das repartições públicas, inerentes a uma cidade capital do interior de Angola e de uma região tão vasta e salubre como o planalto de Benguela;

5º finalmente, seria Centro Ferroviário e Industrial, sendo a energia elétrica fornecida pela queda do Rio Cunhangamua e onde se instalariam as oficinas do caminho de Ferro, como de construção e reparação de carros e automóveis, aparelhos de elevação de água para furnas, serralherias, marcenaria, moagens, etc.

Ao obedecer tais princípios norteadores, a situação da C.F.B., além do regulamento de sanidade das vilas e cidades da Província, futuramente se construiria uma artéria que ligaria à Via Férrea as estradas do Bié, do Bailundo, da

Caconda, do Sambo e do Planalto da Huila sendo que todas elas cruzariam no ponto mais central que era a cidade de Huambo.

O que caracteriza a cidade de Huambo de forma diferente das outras da Província de Benguela é, sem dúvida, uma forte intervenção do planejamento urbano. Por exemplo, os lugares com o matadouro, o cemitério, o crematório do lixo, os depósitos de fossa séptica, o fontanário de água foram construídos de forma planejada.

Enfim, todo o cuidado sanitário e ambiental foi observado para evitar futuras epidemias de Malária, Cólera ou as intermitentes Febres Terças, muito comuns na população de Angola.

A forma de planejamento em Huambo foi realizada para futura expansão da cidade, prevendo o futuro. Assim, mesmo nos anos de chumbo da guerra, pós-independência, esta cidade castigada por um longo período bélico, ainda manteve suas características urbanas, determinantes na apresentação de ruas, nos seus edifícios, nas suas belas residências, enfim, um tesouro arquitetônico digno de seu grande construtor e engenheiro: Carlos Roma Machado.

A tão querida Nova Lisboa permaneceu com sua beleza e insalubridade durante muitos anos e foi, sem dúvida, a cidade amada pelos portugueses e europeus que viveram em Angola.

Vejamos a descrição do Boletim Ultramarino sobre a cidade ⁶¹.

⁶¹ “O projecto tem” a configuração geral de um circulo donde qual irradia nove faixas (tais são as avenidas principais) que, saindo de uma rotunda, correspondem ao cruzamento de estradas, a qual, directamente ligada com a C.F.B. por três avenidas, se adapta o melhor possível ao terreno, ficando a linha férrea do lado norte, isto é do lado da encosta do rio Cussavi, para o qual a cidade a meu ver não deve prolongar, e em cujas encostas, e na zona externa, se projectaram dependências sanitárias, que devem estar afastadas do centro da população e zona interior, com são, lavanderia, matadouro, abegoaria municipal, forno crematório do lixo, depósito dos objetos das fossas assépticas, por forma que o vento dominante não leve as respectivas emanações para a cidade. A direção do vento dominante, indicada na planta, mostra bem que o local para sanatórios está projectado do lado de barlavento; o bairro indígena, cemitério e anexos sanitários, do lado de sotavento.

A água das três nascentes deve ser elevada para aparte superior do planalto, onde projectámos um depósito e um balneário anexo, dando para o campo de jogos.

Os talhões para cartórios, bancos, teatros, cassinos e tribunal, correios e repartições públicas, devem quase todas ficar na Rotunda e a frente do edifício da Câmara Municipal deve dar para o largo

A forma de ocupação da cidade de Huambo criou uma segregação, porque a população fora da sua fronteira era tida como “marginal”, portanto, aqueles que habitavam na planície oceânica, ou seja, as cidades de Benguela, Lobito e Catumbela, passaram a ser discriminados comercialmente, dinamizando uma forte corrente migratória para nova região livre das insalubridades e da Malária. Pois, a vida nestas áreas continuava comprometendo a saúde das pessoas, salvo em raras exceções, as vítimas das febres começavam buscar o interior, mesmo com todas as dificuldades de instalação em áreas pouco insalubres.

A alternativa encontrada foi uma forte política de subordinação da população de Angola, nas chamadas campanhas de intervenção sanitárias que iam desde vacinações contra Varíola até desintoxicação das vilas, cidades, comunas e aldeias.

A nova política médica para os indígenas foi um fator positivista, mas de resultados pouco práticos em ações contra Malária e/o Paludismo. Para outras doenças os resultados foram positivos, no entanto, com relação á Malária, houve pouquíssimos resultados animadores.

Mesmo assim, Nova Lisboa, permaneceu como sanatório para os portugueses em Angola. Este fato se justifica, porque era muito oneroso, passar uma temporada na Europa, ou na Lisboa portuguesa.

Por outro lado, o fato das populações tomarem conhecimento que havia um lugar próprio para curar as enfermidades, era o suficiente para tornar Angola menos agressiva aos olhos não só dos portugueses, mas também de toda comunidade europeia, que até então não via com bons olhos toda resistência do Império, pois o governo Salazar, na crise de 1929, resolve reforçar toda metrópole economicamente, investindo assim, nas colônias africanas, nos anos de 1930 retomando o processo de colonização na África. De acordo com Birmingham ⁶²:

da estação de passageiros do C.F.B., ficando perto da mesma”. (BOLETIM DA AGÊNCIA GERAL DAS COLÔNIAS, Nº. 8, 1926, p.17).

⁶² ...”A grande depressão de 1930 afectou tão profundamente Portugal como qualquer outro país da Europa. A dimensão externa da economia continuara até aí a seguir dois caminhos: para o norte, a Grã-Bretanha, que fornecia bens de consumo, e para sul, o Brasil, que fornecia dinheiro sob a forma de poupanças enviadas pelos imigrantes. A depressão pôs termo a este sistema de dependência em duas direcções e obrigou Portugal a tornar-se – mais auto-suficiente e a procurar nos estrangeiros novos parceiros comerciais. (...). A política passou a ser cada vez mais dominada

Para o restante dos países europeus, Portugal, apesar das suas crises institucionais, mantinha um poder sobre suas colônias com muita fragilidade, até mesmo porque o país não tinha condições de investir recursos nas colônias; quem fazia isto, notadamente, era Inglaterra com sua expansão da Rede Ferroviária pelo mundo.

Perante tais desafios, o governo português muda o Estatuto dos indígenas e passa permitir um serviço de saúde de melhor qualidade, tanto para os indígenas assimilados como também aos não assimilados. Talvez uma rápida resposta para aqueles que criticavam políticas de saúde nas colônias ultramarinas.

Assim, Nova Lisboa, não surge apenas num contexto desenvolvimentista, mas nela auge uma nova realidade na Geografia Médica em Angola, onde seria possível viver com uma qualidade de vida idêntica da metrópole, porém, sem sair do continente africano.

A crise sócio-econômica que passava Portugal deu oportunidade para que uma nova onda de imigração ocorresse em Angola, mas, com possibilidades de manter uma saúde estável, sem o risco da Malária e Paludismo, tão ameaçador nas franjas litorâneas de Benguela, Lobito e Catumbela.

Na figura abaixo podemos observar crianças trabalhando na colheita de milho, principal dieta alimentar do povo angolano na atualidade. Tais políticas foram intensivamente reforçadas, após Depressão Econômica de 1929.

por Salazar, um ditador solteiro que satisfazia as aspirações dos oficiais da velha guarda, ao mesmo tempo em que os afastava da prática da política. Os civis católicos da classe média alta formaram uma nova geração de políticos que admiravam discretamente a política disciplinadora da Itália fascista e da Alemanha nazi. Olhavam também para o sul tendo em vista extrair novas riquezas do império africano, quer como um mercado fechado para vinhos e têxteis quer como uma fonte barata de açúcar e algodão tropicais." (BIRMINGHAM, D., 1998, p. 195-196)

FIGURA 11: COLHEITA DE MILHO

ESCOLHA DE MILHO NA FAZENDA N.º 1, DO COLONO N.º 16, FRANCISCO MENDES DA CUNHA

Fonte: Arquivo Historio Ultramarino de Lisboa

3.2. O balanço sanitário de Angola (entre 1926 e 1928) e as tentativas de inclusão dos indígenas na nova Geografia Médica do “Império” português

Enquanto a crise política, econômica e social urgia-se em Lisboa, estabelecendo sublevações e rivalidades políticas na metrópole, as colônias buscavam soluções internas para o seu desenvolvimento em favor da manutenção do status-quo do império.

A preocupação com a saúde indígena torna-se uma realidade, já que Portugal começava sentir as primeiras nuvens que sopravam nas colônias na busca

de independência, fato este que não tardaria ocorrer. Um jogo um tanto perigoso na estratégia da manutenção do sistema.

Tal política de saúde não chegava convencer os idealistas africanos na luta pela independência. A política empregada pelos portugueses na busca de soluções para sua crise econômica originada da dependência do mercado externo, levou a política externa portuguesa às colônias africanas, conjugou um arrocho econômico forçando, assim, maior produtividade em terras já saturadas que não poderia corresponder esta nova demanda. O efeito agravou nas relações entre metrópole e colônia. Já que para os colonos, todo este jogo provocou os povos autóctones na luta pela sua autodeterminação.

Neste período surgem os primeiros enfermeiros indígenas. E alguns deles buscam por cursos superiores na área médica.

Toda crise de Portugal, a partir de 1928, começava tomar um novo rumo, quando então, aos 39 anos um professor de economia da Universidade de Coimbra, assume o cargo de Ministro das Finanças, num governo militarista caótico da Primeira República.

O Ministro, Antonio Oliveira Salazar, um homem criado no modelo católico onde sua mãe extremamente ambiciosa o enviou para um Seminário, afim, de freqüentar escola de melhor qualidade. Ao fim desse processo acabou sendo bem sucedido em estudos de Direito, e em 1917 tornou-se Professor da Faculdade de Direito de Coimbra.

Era um jovem que buscava a qualquer preço alcançar o poder. Já nos anos 20 utilizou estrategicamente toda imprensa para alimentar sua vontade de infalibilidade financeira, para isto usou o exército, além da Igreja, na qual tinha bom relacionamento desde os tempos de seminarista.

E em apenas dois anos, Salazar eliminou o déficit orçamental e tornou-se um homem influente no âmbito da sua pasta.

Em 05 de julho de 1932, o Presidente da República, o General Antonio de Fragoso Carmona, nomeou-o Primeiro-Ministro. Auxiliado pela imposição de uma nova Constituição, aprovado num plebiscito nacional, dez meses depois de Salazar ser empossado, foi fácil exercer o controle sobre todos os aspectos da vida política, econômica e social de Portugal até o ano de 1968.

Sem dúvida, que as mudanças políticas na metrópole com Salazar no poder mudariam também toda vida das pessoas nas colônias. Em Angola, não foi

diferente, mesmo por que já era conhecida como “jóia” da República Portuguesa em função de suas potencialidades agrícolas e minerais.

Abaixo verificamos figura da produção de milho e algodão nas fazendas dos migrantes portugueses em Angola.

FIGURA 12: FAZENDA DE IMIGRANTE



Fonte: Arquivo Histórico Ultramarino de Lisboa

Para comandar tais mudanças e governar com força da metrópole, Salazar criou o Alto Comissário e Governador Geral de Angola e nomeou o General Norton de Mattos. No entanto, no território africano este teve que usar da sua capacidade de articular o desenvolvimento de Angola, sem demonstrar um nacionalismo pela colônia, algo que poderia ser interpretado como traição ao Governo Central. Conforme observamos na citação abaixo ⁶³:

⁶³ “Todavia, a maneira de viver dos oficiais era cuidadosamente ordenada por uma inteligente engenharia social e só podiam casar com católicas com habilitações acadêmicas ou fortuna pessoal, de modo a garantir a sua integração harmoniosa na elite dominante, culta e abastada. A imposição da obrigatoriedade do casamento católico aos oficiais afastou soldados que não eram nada conservadores, como o temível Norton de Matos – que foi Ministro da Guerra em 1916-1917,

Talvez, por isto o General Norton, foi um homem muito questionado pelo modelo implantado nas colônias de governo, próximo das realidades locais.

Segundo os estrategistas da época, independentemente das políticas na metrópole, entre 1926 e 1928, Angola foi marcada pelo mais formidável progresso no serviço de Assistência Médica, devido uma estratégia na qual utilizava - se dos indígenas para execução de projetos na área da saúde. Os números que em 1927, embora parecessem colossais, foi motivo para o elogio do Ministro das Colônias: fato esse alargado numa Conferência na Sociedade de Geografia realizada naquele ano em Lisboa.

Segundo o Ministro, estava chegando ao fim o pessimismo empregado por aqueles que faziam campanha contra o Sistema de Saúde em Angola. Assim, toda peste (Malária), que era o flagelo de Angola seria definitivamente erradicada, e chegaria ao fim, séculos de agonia. O Otimismo do Ministro sobre moléstias e outras doenças era notório e motivado pelos números na saúde angolana.

No ano de 1927, em Angola, no mês de dezembro, houve apenas três casos de varíola e durante todo o ano de 1928 não se apontou um único caso, apesar de uma vigilância sanitária intensa praticada pelos médicos e enfermeiros indígenas. Todos sabiam que a peste (varíola), havia entrado em Luanda em 1921, e, se propagou ao Catete, Malange, Novo Redondo, Lobito, Benguela, Catumbela, Mossâmedes e Porto Alexandre.

Nestes locais as novas políticas de Saúde Pública, o sucesso foi total, ou seja, eles haviam erradicado a varíola. O único dos três casos ocorreu em Benguela.

O Ministro, em seu discurso, fez uma comparação da África Subsaariana com o restante da África Ocidental, na qual no ano de 1913, várias epidemias vitimaram milhares de indígenas em diversas regiões da África.

Segundo ele, as novas ações sanitárias foram algo inédito ou simplesmente notável. Os portugueses simplesmente haviam colocado em prática os valores

desempenhou o cargo de Alto Comissário da República em Angola e foi Gran-Mestre da Maçonaria, entretanto, declarada ilegal. Foi o mais tenaz adversário político de Salazar e, se os políticos chefiados pelos católicos não tivessem conseguido manter o consenso conservador, teria provavelmente sido o ponto de convergência de uma coligação de interesses militares e civis chefiada pelos maçônicos. Em 1948, Norton de Matos tentou candidatar-se às eleições presidenciais, mas, mesmo no quadro de direito de voto muito restrito as liberdades políticas não passavam de uma fraude e desistiu" (IDEM 1998, p. 203-204).

humanos, os preceitos da epidemiologia, mesmo que as condições climáticas eram plenamente favoráveis ao desenvolvimento de várias endemias e epidemias.

Foi posto em prática o plano de defesa contra Febre Amarela, assim como a Malária ou Paludismo, quando á mesma invadia o vizinho Congo Belga.

Segundo o ministro da saúde ⁶⁴:

No caso da Varíola, houve calma admirável, confiança nos esforços do Serviço de Saúde Pública, principalmente nas doenças que aterrorizavam tanto aos brancos como aos indígenas.

Em 1927, apesar da intensa vacinação, cujo início foi em 1922, foi notificado 174 casos de bexigas com três mortes. Esse número baixou em 1928 para 63 casos com cinco mortes. Para Saúde Ultramarina, o esforço organizado nos últimos anos traduzia a importância das campanhas de vacinações e atendimentos efetuados na população branca e indígena em Angola. Ver Tabela nº 11.

⁶⁴ “... Favorecidos pelas circunstâncias ou não fomos felizes no combate as doenças que assolavam nossa população, sendo muito importante, o apoio e a compreensão dos indígenas, e, que agora não tinham motivos para desconfiar da cura do branco, mesmo por que muitos enfermeiros eram gentios como eles, porém assimilaram os novos métodos de cura do ocidente, deixando de lado a feitiçaria ou as bruxarias que nada convenciam na cura das suas doenças.” (SOCIEDADE DE GEOGRAFIA DE LISBOA, 1934, p. 240).

TABELA 11 – IMPORTAÇÃO DE VACINAS ANTI-VARÍOLA E IMUNIZAÇÃO POPULACIONAL – BRANCOS E INDÍGENAS, 1926 – 1928.

	<i>1926</i>	<i>18.000 – DOSES</i>	
	<i>1927</i>	<i>144.200 – DOSES</i>	
	<i>1928</i>	<i>233.200 – DOSES</i>	
IMUNIZAÇÕES NAS POPULAÇÕES BRANCAS E INDÍGENAS			
PERÍODO SEM INFORMAÇÕES			
	SERVIÇOS DE ATENDIMENTOS AOS	INDÍGENAS	80.307,
	ATENDIMENTO AOS BRANCOS:		53.275,
	TOTAL:		133.582.
SERVIÇOS DE ATENDIMENTOS AOS INDÍGENAS:	178.891.	ATENDIMENTO AOS BRANCOS:	
59.716, TOTAL:		238.607.	

Fonte: (Boletim da Agência Geral das Colônias, Nº. 9, 1926, p. 351).

Segundo as estatísticas, o número de atendimentos aos indígenas para época, foi espetacular na medida, que tais números - cerca de 259.198 (duzentos e cinqüenta nove mil, cento e noventa oito atendimentos), entre 1927 a 1928 - marcaram um processo de desaceleração das epidemias na Saúde Pública e ainda uma forte demanda das ideologias de ajuda humanitária, que entraria mais tarde, como uma das bandeiras principais de Salazar para a legitimação e expropriação das colônias na luta pela sua manutenção. Segundo Scheneidman:⁶⁵

O esforço dos Serviços Sanitários era dentro de um contexto ou pelo menos da provisão de um “novo” Império centrado em elementos humanitários, assim o principal quesito centrado na saúde pública dos indígenas e o tripé: vacinações, atoxilizações com consultas e tratamentos. Dessa maneira, todo o sistema, jamais poderia ser acusado de negligência na saúde pública das colônias ultramarinas. O

⁶⁵ “Em 1952, Gilberto Freyre, um dos autores mais influentes do Brasil, codificou o mito do “luso tropicalismo” num livro escrito no seguimento de uma visita aos territórios portugueses em África e na Ásia paga pelo governo português. O autor escreveu efusivamente sobre um “mundo que os portugueses criaram”, como sendo bem distinto de outras áreas controladas pelos europeus. Segundo Freyre, não haveria discriminação entre as populações indígenas por um outro lado, e os administradores das colônias, e a restante população branca pelo outro. Os portugueses não só eram “pioneiros das civilizações tropicais modernas”, como tinham apreço pelos valores dos povos tropicais. A teoria do luso tropicalismo postulado por Freyre tornou-se, para Portugal, um dos maiores argumentos a favor da manutenção da presença portuguesa em África.”.

(SCHNEIDMAN, 2005, p. 41).

ataque central se direcionava aos focos epidêmicos da Varíola, “as boubas”, Malárias ou Paludismo com Febres Terçãs, Sífilis e outras doenças ocasionais. Nos distritos, onde a preocupação sanitária era mais completa, o grupo de enfermeiros indígenas, agiria ininterruptamente, através de ações pontuais de intervenção rápida nas populações.

Um fator extremamente favorável ficava por conta da língua nativa, na qual todos estes enfermeiros falavam, além da aceitação comum por tratar-se de indígenas denominados “assimilados”. Abaixo figura do Enfermeiro Indígena.

FIGURA 13: ENFERMEIRO INDÍGENA



Fonte: Arquivo Histórico Ultramarino de Lisboa

FIGURA 14: GRUPO DE ENFERMEIROS INDÍGENAS, NOS ANOS 1926 E 1927.



Fonte: Arquivo Histórico Ultramarino de Lisboa

A ideologia combatia tanto o lado do preconceito dos gentios, como também, acenava para todos os povos que viviam nas comunidades, sob possibilidade deles serem iguais aos enfermeiros, desde que estudassem com louvor e dedicação.

Porém, a escola não era para todos, muitos nem se quer chegavam a 4ª classe, pois havia dificuldade no processo de ascensão escolar perfeitamente identificada entre os indígenas e os brancos europeus na colônia.

Não podemos desconsiderar algumas raras oportunidades agarradas pelos indígenas principalmente aqueles em que muito cedo eram enclausurados nos seminários menores da Igreja Católica, indo depois de longos anos de estudos para o Seminário Maior em Luanda ou Lisboa.

FIGURA 15: CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA VARÍOLA

Fonte: Arquivo Histórico Ultramarino de Lisboa

FIGURA 16: POSTOS DE SAÚDE DE DALATANDO

Fonte: Arquivo Histórico Ultramarino de Lisboa

Havia um forte discurso, numa espécie de paranóia na nova assistência aos indígenas, segundo os médicos ultramarinos, Angola estava numa fase exemplar para toda África, algumas vezes com utopias generalizadas.

Veja o que escreveu um Médico da Agência Geral das Colônias: ⁶⁶ Pelo discurso, percebemos o entusiasmo que passou a tomar conta da saúde de Angola, apesar do ufanismo alargado em toda colônia, tivemos resultados considerados importantes para o final da década de 20 e conturbada década de 30 em que a jovem República de Portugal iria passar por um longo período de ditadura de Salazar. Veja o Gráfico 16 na página seguinte:

⁶⁶ “... A saúde, antes de tudo, tanto para os povos como para os indivíduos, um bem primordial. Não há grandes pátrias nem grandes colônias com populações doentias, raquíticas, mal humoradas. A saúde é o segredo dos Estados Unidos, o segredo do Canadá; o segredo de todas as vitórias: vitórias dos homens e vitórias das raças. Mas o que é necessário, fundamental, nas metrópoles civilizadas, onde há o braço, mas onde há o espírito que também faz de braço, torna-se essencial, indispensável, nas colônias embrionárias onde a vida é feita a pulso, onde a mão de obra é a mão criadora. Só, a final, a saúde do homem, em África, pode reagir contra a doença da Natureza, contra o seu torpor. Um grau de febre em cada zumbido, no estremecimento de cada folha... A moléstia do sono, antes de atacar o indígena, atacou a paisagem, a paisagem farta contemplativa. Tudo pede assistência: o pântano, os indígenas, as arvores, os rios, as flores.

Uma Colônia que desconhece o problema da assistência é uma colônia morta, negativa, cheia de ruínas, projecto macabro dum grande cemitério. Os portugueses tão atacados e tão caluniados neste aspecto como noutros da sua colonização, estão realizando em Angola uma obra modelar de assistência os indígenas, uma obra que principia a ser apontada, como exemplo, ao mundo colonial, e que já faz admiração dos belgas nossos vizinhos.”. (BOLETIM DA AGÊNCIA GERAL DAS COLÔNIAS, Nº. 9. 1926:294).

GRÁFICO: 16 - Ano de 1927 e primeiro semestre de 1928: Movimento comparado de Consultas e Tratamentos

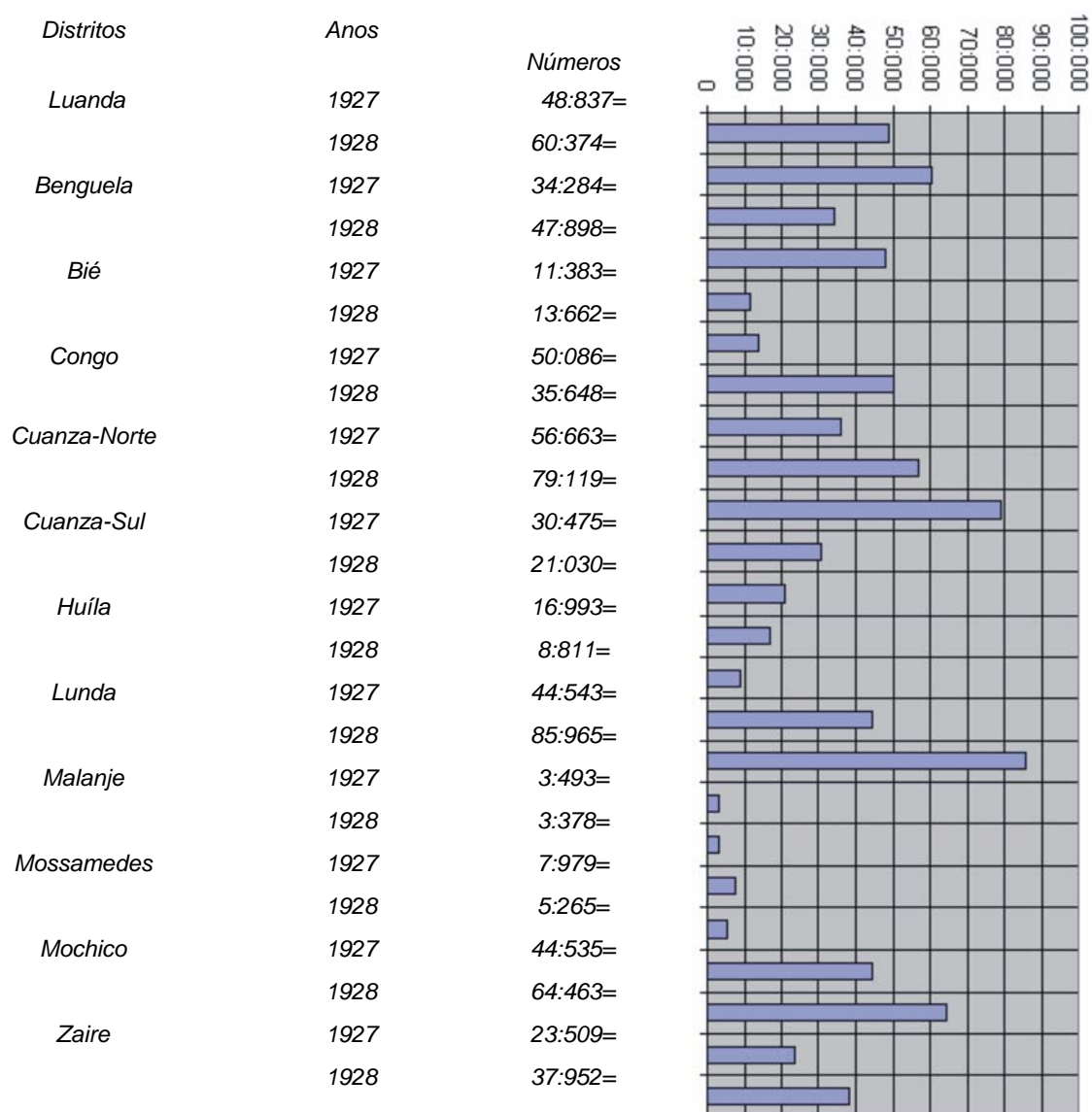
Totais em 1927:

372.780

Totais em 1928

458.803

Discriminação por distritos



Fonte: Academia Real de Ciências. Elaboração: Valêncio Manoel

Neste quadro, as Províncias com maiores dificuldades epidemiológicas com número expressivo de atendimentos por distritos, entre 1927 – 1928 são:

- O Cuanza Norte com 135.782 (cento e trinta cinco mil, setecentos e oitenta dois) atendimentos;
- Seguido por Lunda com 130.508 (cento e trinta mil, quinhentos e oito mil) atendimentos;
- Luanda com 109.211 (cento e nove mil, duzentos e onze) atendimentos;
- Depois aparece a Província de Benguela com 82.182 (oitenta e dois mil, cento e oitenta dois) atendimentos.

Tais atendimentos demonstram situação sanitário-ambiental destas Províncias, e Benguela não ficou de fora das ações preventivas à saúde neste período. Os técnicos conheciam deficiências e insalubridade da província. Ao todo a colônia atendeu cerca de 831.583 (oitocentos e trinta um mil, quinhentos e oitenta três) pessoas.

O Paludismo em todo o país ameaçou a população e somente o Malange teve índices reduzidíssimos, sem pulverizações ou atoxilizações. Porém, em Benguela, houve cerca de 550 pulverizações, mas, apareceram aproximadamente 360 casos de Paludismo, sendo que 98 povoações foram visitadas pelo serviço de saúde indígena.

Como podemos verificar na tabela nº. 12.

TABELA 12 – SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA INDÍGENA DURANTE 1927 E 1928. Movimento comparado de Consultas e Tratamentos por Distritos

DISTRITOS	Povoados indígenas visitadas	Consultas e tratamentos	VARIÓLA		Varicela e variceloides	VACINAÇÕES		PESTE		PIAN		Tripanosomiase	Paludismo	Disenteria	Outros
			Casos	Mortalidade											
Luanda	82	48837	7	-	220	4236	-	-	(a)	330	311	(b) 17 2	377	-	201
Benguela	98	34264	-	-	--	7838	1276	43	13	10	7	1	360	13	209
Bié	10	11383	-	-	42	4601	3400	-	-	-	-	-	70	1	33
Congo	22	50086	112	2	3	9872	922	-	-	310	54	1097	545	-	248
Cuanza-Norte	552	5663	2	-	6	15784	10959	-	-	782	615	1404	274	70	162
Cuanza-Sul	22	30475	18	-	36	4215	1808	-	-	37	32	315	108	2	283
Huila	1	16993	-	-	-	2650	23	-	-	585	-	-	151	-	9
Lunda	1	44543	-	-	-	2365	1407	-	-	73	19	12	848	267	306
Malango	89	3493	-	-	10	23120	75%	-	-	19	-	3	21	-	-
Mossamedes	9	7979	-	-	42	959	286	27	12	31	26	(c)	197	2	118
Moxico	97	44535	-	-	-	1760	539	-	-	12	12	10	181	27	79
Zaire	96	23509	-	1	-	1907	76	-	-	179	25	799	195	-	1
Total	1079	372780	139	3	359	80307	20696	70	25	2368	1101	3813	3327	382	3649

Fonte: Academia Real de Ciências. Elaboração: Valêncio Manoel

Com todo o reforço nas ações epidemiológicas na década de trinta na colônia, tais políticas sempre foram observadas pelos indígenas com certa dose de resistência. Pois, o ideal nativista da luta pela construção da independência já estavam plantadas, e as concepções ideológicas determinadas, e, confrontava com qualquer política advinda da metrópole. O reforço maior veio através da crise política e financeira que se passava em Portugal ⁶⁷.

⁶⁷ "... Até 1930, os imigrantes mais visíveis de Portugal para Angola eram os degredados, que podiam ser vistos a mondar as ervas daninhas nas ruas da cidade de Luanda, arrastando as suas grilhetas prisionais. Salazar pôs fim a imagem das colônias como prisões, embora os africanos tenham continuado a trabalhar acorrentados em grupos, durante mais de trinta anos, e incentivou os homens livres a procurarem na África a sobrevivência econômica. Os imigrantes eram rebeldes, analfabetos e racistas. Espalhavam-se pelo mato, abrindo pequenas lojas, gerando famílias grandes

A desconfiança era tanta, que muitos indígenas recusavam fugazmente colaborar nas campanhas de vacinações.

Por outro lado, tais campanhas reforçavam o pequeno “poder” do fraco Estado Português e apontava para o início de um declínio da metrópole e o começo das novas responsabilidades dos futuros líderes autóctones na busca incessante pela independência. Cansados do trabalho escravo no interior de Angola, onde eram recrutados para plantarem sisal e cana-de-açúcar, os colonos de forma coincidente perante as evidências escravocratas não acreditavam nas políticas de saúde, timidamente empregadas por Lisboa. A árdua tarefa revolucionária em Angola caberia a um médico, Dr. Agostinho Neto, que no seu aprendizado político na metrópole aprendeu cedo o eterno saber do ideal da independência, ou seja: mesmo sendo médico, pouco poderia fazer nas ações sanitárias em Angola, e se interessava muito pela política do que pela medicina. O ideal era o nascimento de um novo país que traria todo o desenvolvimento, na mesma forma e proporção da metrópole, nas quais educação e saúde seriam iguais aos dos povos brancos europeus e por isto, a luta seria recompensada.

Para Neto, educação e saúde, sempre, passam pela mente dos povos na forma linear, determinando o domínio e o entendimento das manobras do poder, que confere a capacidade de atuação na longevidade dos homens.

As ações levadas a cabo aos indígenas não possuíam tais ingredientes: educação e saúde. Este fato associado ao descontentamento da maioria dos indígenas em contratos de trabalhos - uma espécie de semi-escavidão, aplicados em todo país, alimentava fase utópica da luta pela independência, pois, ficava clara a desesperança do povo nos principais atores da política metropolitana.

Em contrapartida, no sentido de controlar totalmente os rumores de liberdade, o Governo português acreditava religiosamente numa aceitação das políticas públicas aplicadas. Este fato iria assegurar o status-quo de um Portugal forte e unido

com as suas criadas negras indefesas e comprando milho e café das famílias de camponeses em troca de crédito usuário e vinho a preços exorbitantes. Os usuários com mais sucesso compravam as terras de seus clientes endividados e importavam mão-de-obra migrante e forçada das zonas do interior para as cultivarem. Os migrantes eram pagos com cédulas que apenas podiam ser trocadas por panos caros e aguardente na loja de exploração agrícola. As colheitas eram transportadas à cabeça até a estação de caminho de ferro mais próxima, quando a gasolina e os caminhões escasseavam.” (IDEM, p. 207).

e, principalmente, preparado para enfrentar a “Guerra Fria” (Base Militar da Ilha de Açores), desenhada ao final das duas grandes guerras (gerando mudanças na configuração mundial, através de uma nova Geopolítica) que culminaria num longo processo de libertação de povos do continente africano. Dentre estes, o complicadíssimo seguimento de Independência de Angola, que teve desfechos até o século XXI.

O saldo deste processo reflete-se principalmente no campo sanitário e ambiental, porque há uma epidemia social, apresentados pela Guerra Civil, Malária, Cólera, Tuberculose, Doenças Diarréicas, Doença do Sono, Desnutrição, etc.

Ainda na década de 30, sob os primeiros impactos do regime implantado em Portugal, em 28 de maio de 1926 (Ditadura de Salazar), as ações médicas e sanitárias também sentiam os efeitos dos projetos do regime que atravessava uma transição para consolidação do autoritarismo.

Como a maioria dos médicos ultramarinos era militar e oficiais das forças armadas portuguesas a consolidação da ditadura acabou transferindo o “neo-discurso” de ajuda ou assistência aos indígenas, enfim Angola vivência na metrópole o “Estado Novo”.⁶⁸

Este Estado Novo não afrontou a ordem internacional, mas sim, reforçou ideologia do nacionalismo pragmático, com bases num passado histórico de poder e dominação, contaminando todos, inclusive o 3º Congresso Colonial Nacional de 1930, que foi marcado por teses nacionalistas, ao mesmo tempo ufanistas, na busca das novas aceitações médicas sanitárias dissimiladas em todo país.

⁶⁸ “... O regime criado por Salazar, e a que deu o nome de “Estado Novo”, foi contemporâneo dos regimes de Mussolini, em Itália, e do velho primo de Rivera em Espanha e era geralmente descrito pelos seus opositores como um sistema fascista de governo. Este uso pouco rigoroso do termo “facista” não consegue esclarecer a natureza específica do governo português da década de 1930-1939 e sobre os contrastes, na essência e no estilo, com as outras ditaduras do Mediterrâneo Ocidental. A aversão comum pela democracia liberal e pluralista e o tratamento violento dispensado aos opositores mascaravam diferenças de ideologia e, acima de tudo a ausência de qualquer partido de massas português que os demagogos pudessem instigar a atacar os “inimigos públicos”. Mesmo nos seus primeiros anos, Salazar mostrou-se relutante em chamar as turbas de Lisboa para as ruas e quando o fez, os seus discursos revelaram-se inexpressivos em comparação com os seus contemporâneos carismáticos de outros países.” (Ibid, p. 198-199).

Vejamos as palavras do Coronel Médico, Antonio Damas Mora, Diretor dos Serviços de Saúde de Angola, o mesmo fala neste Congresso do “estado atual da assistência médica aos indígenas na colônia de Angola e outras colônias estrangeiras do grupo da África Inter-Tropical”⁶⁹.

Neste informe, como relator do 3º Congresso Colonial Nacional em Lisboa, o Coronel médico inicia sua tese enaltecendo o sistema português de colonialato. Segundo ele, qualquer governo do mundo deve tratar muito bem o seu povo colonizado, pois, é nele que está o futuro do país. Tal ideologia foi perfeitamente captada pelos aderentes do Estado Novo, qualquer contrariedade, era passível de expurgo do sistema.

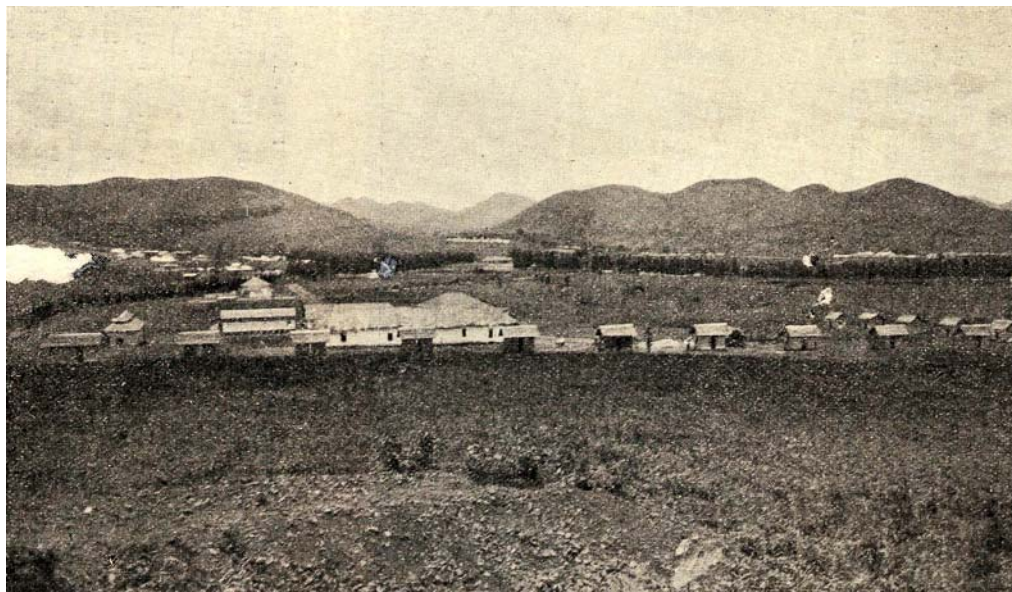
Entre gozar os privilégios do sistema e engajar a filosofia do regime, eram prudentes os elogios ufanistas ao Governo Ditatorial de Salazar. Mesmo o povo natural e os imigrantes morrendo de Malária ou Paludismo, em Angola, foram necessários manter um sistema de vigilância sanitário–ambiental precário. E não havia como contestar.

Sem dinheiro para investimentos, o Governo do Alto Comissariado mantinha uma aparente prestação de contas à saúde, afinal, Portugal, na Ditadura era uma grande potência aos olhos “do dono”, chamado Antonio Oliveira Salazar. Abaixo figura do Hospital Indígena:

⁶⁹ “O interesse pelas populações indígenas está de há anos para cá na primeira linha das grandes preocupações dos povos coloniais”. Na essência trata-se de uma questão puramente econômica. Sem população indígena, numerosa e robusta, não há produção de matérias-primas de que precisa a Europa, nem rendimentos suficientes para pagar a administração, nem consumidores para a produção da indústria européia, que procura mercados por toda parte.

Uma das formas de promover a conservação e a multiplicidade das raças indígenas é evidentemente a assistência médica, debaixo da forma de Higiene coletiva. A assistência médica aos indígenas tem na última década adaptado processos novos, menos interesse científico que interesse prático, que convém tornar conhecidos de todos os coloniais, porque todos os coloniais têm de qualquer forma de colaborar neles. (MORA, 1930, p. 1).

FIGURA 17: HOSPITAL INDÍGENA DE DALATANDO, 1940, Kuanza-Norte.



Fonte: Arquivo Histórico Ultramarino de Lisboa

3.3. O “Estado Novo” de Salazar: nacionalismo e ufanismo nas políticas de assistência médica aos indígenas, Nas décadas de 1930 e 1940

Com dificuldades para manutenção das colônias em setores essenciais como Saúde Pública, várias epidemias assolou o território, dentre elas destacam-se: Malária, Varíola, Doença do Sono, Tuberculose e a Desnutrição nos períodos de secas. As novas concepções políticas foram radicalmente mudadas a partir de Maio de 1928 na implantação da Ditadura Militar em Portugal.

A leitura das novas condições políticas também ecoou nas colônias, que não ficariam imunes aos projetos de consolidação do autoritarismo do início dos anos 30.

Nos primeiros anos da Ditadura, todo o sistema estava confuso, pois havia:

- Liberais Conservadores - que pensavam na possibilidade da reforma constitucional;
- Conservadores Autoritários - que eram ligados ao corporativismo católico, com anseios de revisionismo dos monarquismos;

- Direita Radical - que eram implacáveis para construção de um Estado Nacionalista. Neste sistema configurava uma boa parcela dos militares, alguns deles pertencentes ao Alto Comando do serviço de saúde em Angola.

A lógica de tudo isto seria que tais mudanças, mais cedo ou mais tarde, chegariam a Angola e para todas as colônias ultramarinas de Portugal, nelas, o imperativo categórico seria o reforço do Nacionalismo e do Ufanismo por parte daqueles que viviam uma vida parasitária no sistema.

Assim, dois anos após implementação da ditadura, foi realizado em Lisboa o último III Congresso Colonial Nacional de 08 a 15 de Maio de 1930. Nele seriam discutidas, as principais teses sobre: novas diretrizes da política de saneamento, a ajuda econômica e a assistência médica aos indígenas. A sessão inaugural, em 8 de maio, ocorreu às 21 horas e 55 minutos quando deu entrada na sala Portugal, V. Ex^a. o Senhor Presidente da República acompanhado dos Srs. Presidente do Ministério, Ministros da Guerra, Justiça, Finanças e Colônias e do Secretário perpétuo da Sociedade, Senhor Almirante Ernesto de Vasconcelos.

O Presidente da República, na abertura, declarou que estava aberto o III Congresso Colonial Nacional, na ocasião, Salazar fez questão de congratular, os resultados notáveis alcançados nas colônias.

Nos dizeres do Senhor Almirante Ernesto de Vasconcelos, Secretário Geral do Congresso ficara deliberada uma proposta, encabeçada pela Sociedade de Geografia de Lisboa, que era uma análise aprofundada dos complexos problemas de assistência médica aos indígenas das colônias, em virtude disto, o Congresso trabalharia para aprovação de medidas salvadoras das colônias portuguesas, sob os olhares pretensiosos daqueles países que não possuíam colônias. Portugal teria que buscar uma resposta nacionalista para questão.

Contando com o prestígio da Sociedade de Geografia, as teses mais importantes seriam, sem dúvida, aquelas que defendiam com honra e ufanismo, as colônias portuguesas, que eram tratadas por especialistas em questões coloniais. Estes versariam, principalmente, para manutenção dos povos indígenas, que estavam desaparecendo em função das epidemias prolongadas; além do escravismo, que também eliminou as forças mais produtivas de Angola e do continente africano.

As teses discutidas não podiam elucidar realidades cotidianas, elas não podiam desvincular do “ideal salazarista”. Neste âmbito, os discursos profanavam

numa defesa incondicional em favor da propaganda das possessões portuguesas na África, eliminando aqueles propósitos científicos ou patrióticos, ressaltando que a crítica destes, ou a crítica ao Regime não serve para engrandecer a Nação, mas, pelo contrário, divide o país num momento crucial para “democracia”, em Portugal.

O instrumento fundamental da nova política ultramarina, em uma nova reorganização, passava também pelo treinamento e formação dos novos funcionários do Governo na colônia. Essa proposta foi defendida pelo Sr. Álvaro Afonso dos Santos, no qual o mesmo fala das dificuldades da Escola Superior Colonial, já que o ensino nas colônias era precário, justificando assim necessidade de novas estruturas. Segundo o Congressista ⁷⁰.

Ainda neste Congresso, foi proposta criação de uma cartilha (ou qualquer outro livro didático), para ser adotada nas escolas primárias sobre conhecimentos coloniais, versando, principalmente, sobre o ambiente local e as condições de vida para o europeu. Além de criarem em todas as escolas do Ensino Médio, uma “cadeira” denominada “Estudos Coloniais” e a Faculdade de Direito começaria estudar uma disciplina de Direito Colonial.

Percebemos desta forma, uma nova era de entendimento das questões coloniais, o reflexo de tudo isto estava nas novas atuações do Estado no domínio colonial.

⁷⁰ “... O funcionalismo ultramarino continuava a ser recrutado na base da amizade pessoal dos governadores, na influência política, nos direitos adquiridos, na antiguidade, no favor, no empenho, na carta de recomendação, no banburrio, etc. Na Escola Superior Colonial é que não recruta ninguém. Da centena de diplomatas fabricados por esta Escola não deve andar na vastidão do Nosso Império Colonial meia dúzia sequer, por obra ou graça do seu diploma. Para o Congressista, a Escola Superior Colonial, viveiro dos administradores coloniais, de funcionários ultramarinos, só iria existir de fato, quando ela se integrar no esquema geral da administração colonial portuguesa como fonte de preparação indispensável do seu pessoal. A Escola Superior Colonial, Instituto de Altos Estudos Colônias, só existira realmente quando o Estado a libertar da utópica missão de fabricar funcionários que ele próprio não reclama, não utiliza, não protege. Para mudar tal situação, ela deverá formar e incorporar os funcionários na nova política de Salazar, que é a proteção das nossas colônias, pois ela é o centro de estudo e investigações dos grandes problemas coloniais, que tanto interessa de perto a Nação, mas isto exige preparação acima de tudo.” (SOCIEDADE DE GEOGRAFIA DE LISBOA – III CONGRESSO COLONIAL NACIONAL, 1930, p. 79-82).

Outra defesa importante para fechar o domínio colonial, estava na busca de aprimoramento de um trabalho apresentado pelo relator Sr. José Penha-Garcia. Veja na íntegra:⁷¹

⁷¹ MOÇÃO-

“Considerando que é necessário manter a mentalidade de crenças em todo o ultramar português, o congresso resolve tirar a tese em discussão e considerar a tese seguinte”.

O Senhor Presidente: - aceito a Moção de V. EX^a., mas não posso considerar admitida porque isso era considerar a tese em discussão.

Em virtude das discussões tomadas, é retirada esta tese da discussão e é posta.

A TESE

«A Assistência Econômica aos indígenas» relator o Sr. José Penha – Garcia.

Sr. Mello Gerardes:- Em primeiro lugar devo felicitar vivamente o autor desta tese pelo brilhante trabalho que elaborou, e que, apesar de essa feito por um novo, parece estar redigido por um velho colonial.

Bastava ler o voto para ver que V. EX^a. Estudou convenientemente o assunto e verificou quanto ele é melindroso, tendo chegado a conclusões muito precisas.

E desejo simplesmente fazer umas breves considerações sobre os assuntos versados nesta tese.

É muito complicado o assunto, e embora vários tratadistas o tenham tratado certo é que se tem dito - permitam-me a expressão, verdadeira barbaridade, como por exemplo, o pretender-se transformar cada indivíduo em pequeno proprietário.

Eu tive ocasião de tomar parte na última reunião do Instituto Colonial Internacional e de perguntar a um desses tratadistas o que é que sucederia nesse dia não só na agricultura, como nas estradas, caminho de ferro, fábrica negócios, etc.

Não me respondeu, porque não tinha nada que responder.

Desejo chamar a vossa atenção simplesmente para três ou quatros pontos.

Por exemplo, os inconvenientes dum excessivo desenvolvimento das culturas feitas pelo Indígena em seu proveito.

Temos o exemplo na Costa do Ouro e na Nigéria com o desenvolvimento da cultura cacaeira. Eles produziram mais de 50% da produção mundial, os próprios produtores foram prejudicados e daí resultou uma baixa considerável no preço do cacau, o que é um grande mal para eles e também para as outras Colônias inglesas.

Agora outro aspecto:

Para plantar esses cacaeiros foi preciso abater florestas. Há um livro recente, muito bem escrito sobre este assunto, em que diz que capacidade produtiva de muitas terras que há poucos anos era grande hoje baixou: é área arborizada, que segundo ao especialista, nas regiões inter-tropicais, deve ser de 30 a 40%.

Essa desarborização dá como resultado o solo ficar estéril pela destruição do húmus devido à influência do sol.

Fala-se na cultura do milho, feijão, etc.; feita pelo indígena.

Os indígenas não fazem a cultura como os povos civilizados, é uma cultura nômade, dura dois ou três anos.

Dirão: - regenera-se a floresta. Mas geralmente fica savana, porque a África não é a América, e a intensificação da cultura não se pode fazer porque falta a mão de obra.

Há outro ponto a tocar.

Quere-se colonizar por meio da raça branca os planaltos.

Mas se o indígena cultiva o mesmo que o europeu, cultura do indígena ficará mais barata.

O Sr. Penha Garcia:- depois de saudar o Congresso diz que será breve, pois pouca autoridade tem para falar, visto não ter estado nas Colônias, mas tendo estudado assuntos econômicos, verificou que nas colônias há lugar para a cultura indígena o que é preciso é harmonizar os interesses diferentes.

Em seguida refere-se às modalidades de assistência econômica a qual tem tido essencialmente uma feição agrícola ou profissional e que em sido exercida pelo Estado e pela cooperação entre o colono e o indígena.

Depois de se referir aos principais capítulos da sua tese, tais como a instrução agrícola, transportes e as diversas modalidades de assistência só um período termina por entender que, sem prejuízo de outras formas de exploração econômica a assistência econômica do indígena representa um valioso elemento para o desenvolvimento Colonial e para fixação e progresso das raças indígenas.

O Sr. Chaves de Almeida:- Diz concordar com o voto da tese, principalmente no que ele tem de aplicável a Moçambique, porque uma das causas das dificuldades com que luta o sul daquela Colônia é a falta de mão de obra, é que foi possível fazer-se a emigração para o Rand – a qual tem sido o único facto de aniquilamento da raça preta do sul do Sore. Sobre este aspecto acha a tese muito importante, não concorda, porém com a forma como estão redigidas as suas conclusões, porque se o império português é essencialmente agrícola essa não pode ser a diretriz de uma política econômica a qual deve fazer-se por meio da indústria estabelecendo-se um plano para não se asfixiar a produção.

Foi resolvido de a tese aprovar o voto.

Sr. Presidente:- Seguem-se na ordem de discussão duas teses que devem ser apreciadas em conjunto; uma do **Sr. Mello Gerardes** sobre o problema da mão de obra indígena e outra do Sr. Roma Machado acerca da raça branca portuguesa em Angola.

O Sr. Costa Andrade:- Uma dessas teses, a do **Sr. Gerardes**, refere-se a um assunto que é tratado pelo Acto Colonial, portanto deve ser essa tese discutida na devida oportunidade!

O Sr. Presidente:- Tem V. EX^a. Razão: se o congresso concordar ficará para depois.

O Sr. Correia da Silva:- Afigure-se-lhe que esta tese não deve ser adiada, mas rejeitada visto estar em desacordo com as convenções internacionais.

O Sr. Nogueira de Lemos:- Concordo com a opinião sustentada.

Neste Congresso ficaram nítidas preocupações sobre questões indígenas, principalmente no âmbito econômico, fato este representado pelas ideologias salazaristas da metrópole. Qualquer discussão em nível de Angola passava por uma atenção pragmática de olhar econômico, marcada na necessidade da metrópole, sem pensar nas demandas das colônias. O discurso inflamado do Congresso, sempre direcionado para os problemas ultramarinos, marca uma nova etapa tanto na vida dos indígenas, quanto na paixão material dos portugueses pela colônia. Este fato acabou sendo decisivo aos entraves para autodeterminação dos povos africanos.

O novo realengo do colonialismo conciliava com aproximação da 2ª Grande Guerra Mundial, onde o diálogo da Independência ficaria truncado muito mais pela dependência da metrópole, do que pelo novo rearranjo das futuras nações africanas do pós-guerra.

O discurso das propriedades da metrópole, não poupou nem mesmo a história de violência e expropriação dos indígenas, desde o início se colocava culpa das dificuldades de assimilação dos povos indígenas, justificando, assim, o tráfico de escravos, que foi exercido durante séculos e extinguiu grande parte da população; além de tornar lá rara e dispersa; cujos seus exemplares (homens e mulheres) mais robustos acabaram destruindo muitas coletividades, gerando fatos como: a guerra permanente entre as tribos que destruiu e/ou deslocou senzalas mais florescentes;

Dentro da coerência e dos princípios não poderemos deixar de sujeitar esta tese à situação das outras, de harmonia com o voto do Congresso.

Pelo facto de haver na tese uma conclusão com a qual o **Sr. Conde Paço de Arcos** não concorda, não quer dizer que devemos de uma forma maguante rejeitar «in limine» um trabalho que tem muita coisa aproveitável.

Nós poderemos estar ligados a um compromisso internacional e resolvermos em certa altura desligarmos-nos.

Eu não quero transgredir aquilo que o Congresso resolveu, o que entendo é que se deve sujeitar essa tese ao critério seguido:- é matéria do Acto Colonial, deixe-se para discutir e tratar no Acto Colonial. Tenho dito.

O Sr. Presidente:- Já não há mais teses para discussão, mas apenas algumas comunicações que são consideradas apresentadas prestando-se as homenagens devidas aos seus autores.

Em seguida é encerrada a sessão, sendo marcada pelo Presidente a próxima para 2ª. Feiras 10 horas.

Eram 19 horas“. (Idem, p. 79-82)

além das epidemias, citadas ao longo do trabalho como: Variola, Disenteria, Moléstia do Sono, Malária ou o Paludismo e outras doenças, avançaram sobre esses povos, sem obstáculo, fazendo por vezes desaparecer populações inteiras.

Nos discursos, não aparecem culpados, mas sim, tudo aquilo foi produzido pelos próprios indígenas. Falava-se no solo extremamente pobre, nos processos primitivos de cultivo, no qual sem a presença do colonizador não haveria nenhum tipo de progresso; a fisiologia da subalimentação (os indígenas se alimentavam de forma inadequada), adicionada à “preguiça”, caracteriza o homem primitivo. Tais fatos culminariam, sem sombra de dúvidas, no desaparecimento dos indígenas. Portanto, coube ao homem branco introduzir novas tecnologias a fim de evitar uma extinção dos grupos.

No entanto, o contato com o “homem branco” trouxe a esperança de uma nova vida, pois, basta verificar em certas regiões que apresentaram um período prolongado de secas, no qual o indígena passa por uma fase letal da fome aliadas às epidemias.⁷²

Apesar de todo o esforço dos médicos coloniais, esta ideologia dificilmente poderia ser observada aos olhos da comunidade negra, como algo fora da normalidade das ações pretensiosas no território africano. Por outro lado, havia médicos que pouco se importavam com as idéias vigentes.

Há de analisar também, que a educação médica, ocorrida na universidade europeia possuía grandes contradições no plano elaborado pelo Estado. A maioria deles saía dos seus cursos de formação preparados única e exclusivamente para atuar em clínica particular, pois, os salários pagos pela metrópole eram extremamente pequenos para sua sobrevivência, assim davam grande importância para suas clínicas particulares, buscando fama e fortuna. A chance de clinicar na

⁷² “O contacto do europeu que” talvez – tenhamos esperança – venha dentro de algumas dezenas de anos a manifestar-se como um benefício para o autóctone, não tem sido pelo menos onde ele é mais íntimo, senão um novo flagelo a juntar aos outros acima indicados. Os males conhecidos inerentes, a toda a guerra de ocupação: morticínios, novas doenças, destruição de senzalas e de culturas, extorsão de gados, vieram juntar-se outros, derivados automaticamente da heterogeneidade das duas raças em presença: abuso de transporte por carregadores, para o qual são em igualdade de regime recrutadas mulheres, mesmo grávidas; introdução de novos vírus como a Sífilis, a Tuberculose; o atrativo de novos venenos como o das bebidas destiladas e fortemente alcoólicas; propaganda de novos costumes como o da prostituição...” (IBIDEM, 1930:4-5).

África baseava em duas buscas: fama e fortuna para gastar na metrópole. Então, com seus doentes em tratamento, os mesmos não podiam afastar-se dos locais que atuavam e onde, de fato, viviam as comunidades negras na suas senzalas. Ainda que o mesmo desejasse o fazer ficaria bastante complicado, pois, não havia estradas suficientes ou mesmo em condições para as deslocções no interior de Angola.

Para os indígenas que viviam nas costas do continente, até que havia alguma facilidade, principalmente aqueles chamados “assimilados” (aqueles que aderiram à cultura européia), porém, no sertão o quê funcionava mesmo era quimbanda ou os chamados tratamentos tradicionais, mesmo em conflito com a Medicina dos europeus.

Os nativos do sertão geralmente passavam toda a vida sem ver um médico, salvo aqueles que viviam nas famosas missões religiosas é que às vezes tinham presença deste profissional.

Convém relatar dificuldades passadas pela metrópole na implementação da assistência aos indígenas. Toda situação piorou na busca de mão-de-obra para construção ou exploração agrícola, entre esta, o destaca do Caminho de Ferro de Benguela. Esta obra intensificou mortalidades, devido adaptações de novas formas de trabalho, alimentação, costumes, transmissões de patologias sobre os colonos. As patologias desconhecidas, nesta época, dominaram toda região de Benguela, no destaque, novamente Malária e Doença do Sono.

Diante de tais demandas, a metrópole adotou medidas simplistas como: o aumento do número de médicos, enfermeiros, construção de hospitais, dispensários somente nas localidades mais urbanizadas, deixando áreas de construção da ferrovia totalmente desguarnecidas.

Este processo, somente foi possível até à altura em que a despesa do pessoal e o material atingissem aproximadamente um décimo da receita de cada colônia. A partir daí; administração pública recusava terminantemente aplicação de qualquer recurso.

Mesmo com poucos médicos, havia intenção da metrópole em organizar um sistema no qual toda assistência médica deveria cobrir Angola, para isto, além de um conhecimento total da Geografia Médica da região na sua distribuição espacial das doenças.

Neste caso, além da Medicina preventiva, foram propostos 07 pontos obrigatórios na assistência médica indígena. De acordo - tabela 13:

TABELA 13: PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA DAS COLÔNIAS E ÁFRICA INTER-TROPICAL

1) QUANTIFICAR OS INDÍGENAS	ESTATÍSTICAS DEMOGRÁFICAS
2) CRESCIMENTO POPULACIONAL	MATERNIDADE E PROTEÇÃO À INFÂNCIA
3) SAÚDE PRIMÁRIA	PROFILAXIA E TRATAMENTO DAS MOLÉSTIAS EPIDÊMICAS E DAS MOLÉSTIAS SOCIAIS MAIS IMPORTANTES
4) ATENÇÃO URBANA	SANEAMENTO DE CIDADES E ALDEIAS
5) EDUCAÇÃO SANITÁRIA	PROPAGANDA DA HIGIENE ENTRE INDÍGENAS
6) NOVAS TECNOLOGIAS	INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA
7) AÇÃO PERMANENTE	PROTEÇÃO SANITÁRIA AOS TRABALHADORES INDÍGENAS

FONTE: IBID, 1930:15

Teoricamente, o projeto de proteção e assistência médica aos indígenas estava completo para as ações nas colônias, mas faltava o essencial a fim de colocar em prática todo o programa defendido no III Congresso Colonial Nacional de 1930, “o dinheiro”, aliás, escasso naquele período de mudanças radicais lusitana. Por outro lado, os médicos dos anos 30, naturalmente não eram formados de militares, como ocorria no século XIX, notadamente em 1844, em que os imemoriáveis físicos e cirurgiões todos praticamente militares.

Mesmo assim, ficava clara a proposta da Circular nº. 512, de 30 de Dezembro de 1924, que insistia na necessidade imperiosa de dar maior extensão possível aos serviços de medicina preventiva, higiene e assistência indígena. Cada colônia deveria possuir uma circunscrição sanitária, no centro da mesma um hospital indígena, com um pequeno laboratório, material de desinfecção móvel, depósitos de medicamentos, soros e vacinas com meios de transporte.

Nas principais aglomerações urbanas “Dispensários” (Posto de Saúde) de Medicina Social, especialmente orientados na busca das moléstias endêmicas e para aplicação de medidas destinadas impedirem propagação de doenças.

Nos agrupamentos de menor importância, como não havia postos de atendimento, então se empregava visitas periódicas, procurando, sobretudo

endemias ou focos epidêmicos; além de fazer propaganda higiênica. Os grupos sanitários móveis deveriam estar bem preparados, pois partiam do centro e levavam assistência aos pontos mais distantes.

Apesar de todo o esforço para colocar em prática teses discutidas neste Congresso, nem tudo estava solucionado politicamente na metrópole.

Para os nacionalistas europeus, uma ajuda humanitária aos indígenas, estava verdadeiramente organizada e cumpria o seu papel de ocidentalização médica à população local, mas parte desta cúpula não estava nada contente com os projetos institucionais do governo.

Desta forma, aquele caráter individual e terapêutico que deveria ocorrer não aconteceu de maneira expansiva e necessária, dentro do esperado, já que apenas uma minoria foi incluída nos atendimentos médicos. Se bem que todo o histórico destes atendimentos, apenas respondia ao Estado Novo e autoritário de Salazar dos anos 30, e, todos aqueles que constituíam as diversas forças políticas que imediatamente após implantação da ditadura passaram dar todo o apoio ao Governo como: à direita radical, o Centro Católico, em estreita dependência da própria hierarquia da Igreja, e alguns partidos republicanos conservadores.

Mesmo na intensidade da Ditadura, entre 1926 e 1930, os quais vários projetos foram alvos de tentativas de golpes na colônia, principalmente em Angola, considerada jóia do ultramarino, havia uma forte resistência à massificação das políticas médicas do ocidente, contando para isto, com os elementos culturais instigados pela pequena intelectualidade local. Além da falta de dinheiro do Estado português, que aos poucos acabou negligenciando vários projetos. Por outro lado, não podemos deixar de entender os esforços realizados pela medicina tropical, nos anos 30, que com muito trabalho das chamadas “missões médicas” e “práxis médicas” marcadas pelo cotidiano, conseguiram definir muitas etiologias da maioria das pragas e epidemias espalhadas nos países quentes; identificaram agentes ou vetores que assentaram as bases das profilaxias, algumas delas, usadas até atualidade.

No contexto geral, o Programa de Medicina Preventiva das Colônias, no plano específico, não atendia somente os países ultramarinos portugueses, mas também, engajava colônias da África Ocidental Francesa e da África Equatorial Francesa: colônias inglesas do grupo Ocidental: Nigéria, Costa do Ouro, Serra Leoa e Gâmbia; Congo Belga, sendo este sim, muito próximo de Angola. Sabemos que

todos os países adotaram medidas diferentes de acordo com suas necessidades locais, sabemos também que antigas colônias inglesas e francesas receberam suas independências ou auto determinação muito mais cedo do que Angola, Moçambique, Guiné Bissau, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe, pois Portugal manteve uma longa ditadura, dificultando todo o processo de auto determinação destes povos, na qual resultou de longas guerras civis.

Com certeza, os franceses e os ingleses não buscaram o conhecimento das doenças tropicas. Porém, também aplicaram vultosas somas de capital para higienizar suas áreas de dominação. Apesar de Angola e toda região, segundo recenseamentos da época, contar com o número aproximado de habitantes em torno de 55.000.000 (cinquenta e cinco mil habitantes). Pela extensão destas regiões, podemos notar uma grande pobreza demográfica, pois Angola possuía apenas cinco habitantes por quilômetro quadrado, em seus 3.600.00 (três milhões e seiscentos mil de extensão) habitantes já incluídos os brancos europeus, que sempre tiveram prioridade no atendimento.

Entre 1860 e 1924, foram criados diversos Decretos, Leis e Portarias no sentido de criar vagas, subsídios aos estudantes de Medicina, sede de serviços de saúde, hospitais, contratar enfermeiros, etc.

Alguns deles, sintetizados abaixo:

- Foram criadas as vagas de Físico-mor e de Cirurgião-mor em todas as capitais das províncias Ultramarinas. Foi o mesmo decreto que criou escolas médicas de Luanda, Moçambique e Nova Gôa. Somente Gôa funcionou, pois, a Lei de 11 de Agosto de 1860 concedeu subsídio aos estudantes de Medicina que propunham exercer a sua profissão colonial no ultramar.

- O Decreto de 02 de Dezembro de 1869, que foi para época extremamente importante, deu aos serviços de saúde um caráter militar, exigido perante ideologia de ocupação intensificada neste período, da chamada partilha da África. As principais diretrizes relativas à administração hospitalar, aos cuidados prestados aos europeus e indígenas, à profilaxia de certas epidemias, tais como da Varíola, foram certamente muito sensatas, assim como os serviços rudimentares da higiene do tempo, ou seja, higiene básica, primária - passaram a ser orientados por especialistas.

- Em 1902, foi inaugurada, em Lisboa, a Escola de Medicina Tropical, assim como o Estatuto de Serviços, associado ao Decreto do Alto Comissariado, nº.

74 de 17 de Novembro de 1921. Todo o serviço era dirigido pelo Diretor dos serviços de Saúde e Higiene, tendo sob as suas ordens os médicos chefes dos serviços distritais, os médicos de 1ª e 2ª classes e todos os funcionários europeus e indígenas.

- O serviço de Higiene Pública determinava forma de executar luta antibacteriana, destruição de ratos, remoção de lixos, limpezas de ruas e a luta contra mosca doméstica, além do decreto de 1911, que não foi revogado e que valia em todas as colônias contra os mosquitos transmissores da Malária.

- A partir de 1912, assistência médica indígena sofreu algumas alterações em Angola, foi quando incluíram algumas disposições nos regulamentos da mão de obra para atividades laborais.

- Já na Portaria Nº. 406 de 27 de Março de 1914 ficavam traçadas todas diretrizes da chamada atenção à Saúde Pública na época moderna. Nela estava determinada criação de Comissões de Assistência aos indígenas, nas sedes de todas as circunscrições, dos portos de assistência e nas principais aglomerações indígenas. A Comissão de Assistência era constituída pelo administrador da circunscrição, pelo delegado de saúde local e por um chefe indígena, escolhido entre a comunidade. O posto de assistência ficava a cargo dos enfermeiros. Já os deveres da comissão eram de prestar cuidados médicos às crianças até cinco anos, grávidas e aos doentes; efetuar o recenseamento médico dos indígenas; visitar regularmente aldeias indígenas e fazer propaganda da higiene; estabelecer brigadas de saneamento; ensinar aos indígenas os principais elementos de higiene individual e coletiva; espalhar por toda parte vacinações anti-varíola.

- Para reforçar toda campanha, veio o Decreto nº. 74, que mandava construir cubatas (quartos) indígenas para os doentes permanecerem fora do contato de seus parentes, que eram obrigados alimentarem. Foi durante este período que tivemos as chamadas senzalas-enfermarias, que acabou se espalhando por todo país. Nelas; metrópole considerava o ideal para repousar seus doentes de origem africana.

Em julho de 1923 realizou-se um grande Congresso de Medicina Tropical em Luanda, onde os colonizadores franceses, belgas, ingleses e portugueses, buscaram discutir um projeto único para assistência dos indígenas nas áreas de suas dominações, neste Congresso ambos buscaram algumas alternativas em questões como:

- Profilaxia da Moléstia do Sono;
- Profilaxia de outras moléstias epidêmicas e endérmicas;
- Assistência Médica e Higiênica os indígenas;
- Construção de hospitais, dispensários, maternidades e creches para os indígenas;
- Formas menos agressivas de colonização dos indígenas no que tangia aos contratos de trabalho semi-escravo.

Ainda algumas orientações foram determinadas aos médicos, que deveriam proceder com prudência nos seus tratamentos, muito além de um simples exame médico, caberiam eles: organizar carta nosológica de toda sua região, com indicação e a freqüência da Pripanose, da Biliardia, da Febre Recorrente, da Lepra, do Paludismo, da Tuberculose, das Boubas, da Sífilis e de outras moléstias contagiosas, além de fazer toda propaganda higiênica; obrigar os indígenas na construção de fossas nas respectivas aldeias, exercer proteção às mães e às crianças, praticar vacinação e revacinação anti-varíola, combater o alcoolismo e outras intoxicações, estudar captação das águas potáveis, fazer sondagens para estudo das variações demográficas na região, estudar ração alimentar dos indígenas; exercer fiscalização sobre proteção sanitária dos trabalhadores, etc.

Apesar dos salários irrisórios, os médicos possuíam uma carga intensa de atividades para serem desenvolvidas e estas foram intensamente discutidas neste Congresso de Luanda.

As tarefas no campo de profilaxia eram tantas, que para qualquer médico cumpri-las teria que, obviamente, parar de medicar e cuidar exclusivamente da prevenção ou da saúde primária, coisa extremamente impossível em Angola, onde os serviços de saúde como, por exemplo: atendimento aos doentes bateu recordes de consultas e tratamentos.

O movimento hospitalar de Angola ultrapassou 10.000 (dez mil) por ano, na qual o número de consultas e tratamentos aos indígenas, foi na ordem de 327.000 (trezentos e vinte sete mil) em 1927, e ultrapassou para 955.000 (novecentos e cinqüenta cinco mil) em 1928.

Claro que tais números, segundo o Congresso de 1930, estiveram sob o apoio das famosas Missões Católicas ou Protestantes que atendiam em seus hospitais, toda população necessitada, independentemente que pertenciam ou não às suas Missões.

Muitos médicos faziam questão de atender parte desta população. Apesar das dificuldades encontradas para colocar em prática as teses desenvolvidas no Congresso, todas elas dentro de um olhar ideológico ou não, representaram mudanças no cotidiano das colônias. Vejamos então, na essência o que representava tais diretrizes no cotidiano da Geografia Médica não só para Angola, mas para toda África inter-tropical numa perspectiva da distribuição espacial das doenças.

1) QUANTIFICAR OS INDÍGENAS-ESTATÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:

- O estudo de todo o movimento demográfico das populações indígenas, com estatísticas precárias, ou não, em Angola resultou no conhecimento parcial do país, já que o mesmo acabou permanecendo na sua capital (Luanda).
- Mas, conhecer este universo foi de extrema importância. A população, de acordo com o recenseamento de 1923, era de 22.719 (vinte e dois mil, setecentos e dezenove) habitantes, sendo que 3.707 (três mil, setecentos e sete) eram europeus, 18.024 (dezoito mil e vinte e quatro) de indígenas (negros) e 986 (novecentos e oitenta e seis) mulatos.
- Em 1927, a mortalidade global foi de 1.018 (hum mil e dezoito), o que correspondia à taxa de mortalidade de: 45,24: 1000, ou seja, quarenta e cinco mortos por mil nascidos, taxa esta elevadíssima.
- Mesmo assim, não representava o estado precário do saneamento da cidade, pois, neste período havia entrado em óbito cerca de 230 (duzentos e trinta) trabalhadores contratados para serviços em diferentes zonas de Luanda.
- Portanto, a taxa de mortalidade dos europeus, não era tão baixa em relação aos indígenas. Os números ficaram em torno de 36,90: 1000, aos indígenas em 41,76: 1000 e os mestiços 43,10: 1000. O resultado de tais números nos dá uma ideia de que Luanda era realmente uma cidade de mortalidade elevadíssima. Agora imaginem Benguela no interior do país.
- O grande drama desta mortalidade está no número excessivo de crianças e adultos em plena capacidade produtiva, sem contar que a cidade, a qualquer momento entrava numa epidemia quase incontrolável para as autoridades sanitárias da época. Uma outra observação feita no censo era que morriam muito mais mulatos do que europeus e indígenas (negros). O que fica louvável nestes

recenseamentos era que os números revelavam uma necessidade emergente de melhorias no saneamento de todas as cidades de Angola, ao mesmo tempo, ou seja, uma extinção lenta e gradual das populações indígenas em toda a África.

2) CRESCIMENTO POPULACIONAL-MATERNIDADE E PROTEÇÃO À INFÂNCIA:

- No tocante a defesa do crescimento populacional, a mulher negra era desumanamente tratada: a ela não cabia direito nenhum de ter uma proteção na sua gestação. A consequência de tudo era uma grande mortalidade infantil em toda África inter-tropical.

- O primeiro grande alerta partiu da Cruz Vermelha Internacional e de Órgãos particulares como: Associação Internacional de socorros às crianças. Tais instituições procuraram primeiramente alertar os governos, auxiliando os mesmos na busca de uma política menos agressiva no campo da saúde para o povo de África inter-tropical.

- Na metrópole, aquelas senhoras ricas começaram a dedicar-se às tais causas, criando obras-de-berço, gotas de leite e muitas doações, porém, parte destas doações somente atingiu a população da faixa litorânea, onde o socorro era possível. O grosso das populações indígenas do interior nunca foi atingido por programas como este.

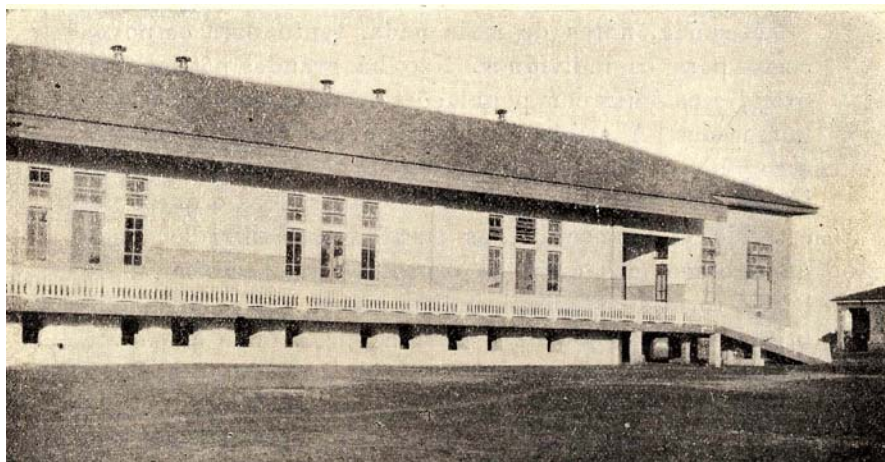
- As ações de higiene, tanto no parto como no tratamento das crianças não ocorriam no interior, para estes, restavam apenas os chamados tratamentos tradicionais. Assim, entre as tribos Batéke, na África Equatorial, as mulheres seguindo uma tradição longínqua, não davam o seio ao recém-nascido antes deles terem uma semana. As mulheres angolanas e de muitos outros países embutiam aos lactentes a farinha ou a mandioca que previamente mastigavam. Elas acreditavam que o seu leite materno era água e que era necessário dar alguma coisa sólida ao recém-nascido.

- Por outro lado, havia uma forte disseminação da sífilis e da blenorragia em crescimento substancial, doenças como: o tétano (partos realizados por parteiras), os abortos, as moléstias intestinais (helminíase), as águas não potáveis tomadas pela população, os alimentos impróprios, todas estas moléstias dificultavam em muito a propaganda de proteção à infância e as mulheres como um todo.

- Tais entraves dificultaram muito o programa de proteção à criança, principalmente na faixa etária onde as mesmas ainda não freqüentavam escolas, ou seja, a maior mortalidade encontrava-se entre zero a cinco anos, pois as crianças acima desta idade poderiam facilmente ser visitadas pelos médicos nas escolas ou mesmo participar de campanhas de vacinações que ocorriam nas escolas do período colonial. Havia até um tríplice objetivo que era: segregar os contagiosos, tratar os medíocres e desenvolver uma educação física para um maior índice de robustez.

3) SAÚDE PRIMÁRIA-PROFILAXIA E TRATAMENTO DAS MOLÉSTIAS EPIDÊMICAS E DAS MOLÉSTIAS SOCIAIS MAIS IMPORTANTES:

FIGURA 18: HOSPITAL CENTRAL PARA INTERNAÇÕES – BENGUELA



Fonte: Arquivo Histórico Ultramarino de Lisboa

- Neste campo, a epidemiologia da África Tropical sempre enfrentou muitos problemas como derrotas históricas durante todo o período das colonizações. No ranking das doenças, estavam as mais arrasadoras da humanidade. Moléstias e doenças como as pestilências, dentre elas:

- a “Peste dos Portos” ou dos centros próximos do mar;
- a Febre Amarela em pequenos focos, na qual o terror da infecção repercutiu em grandes perdas populacionais;
- a Varíola muito disseminada, porém com a introdução da vacina, houve uma diminuição sensível da doença, tornando menos virulenta;
- a disenteria bacilar;
- a Meningite, com mortes transitórias e fatais;
- a Moléstia do Sono, o flagelo endêmico. O caso mais grave da doença do sono foi em 1850, em Angola e na Gâmbia;
- o Tifo, que assolou por três anos consecutivos todo o continente e para finalizar a mais endêmica de todas;
- o Paludismo, que reinou absolutamente em toda a África incontestavelmente sob todos os aspectos e formas, onde a febre biliosa hemoglobinúria traduz de forma incisiva a intensidade do Paludismo local.

- Ao lado destas doenças, tivemos ainda, outras, que também marcaram a história no continente africano como: a Blenorragia e a Sífilis e por uma questão de parentesco etiológico com esta, os Bolbos. A disseminação das doenças venéreas

entre os indígenas foi rápida e constitui um perigo de grande importância no futuro dos povos coloniais.

- Outros destaques foram: Lepra, Tuberculose, Pneumonia, Disenteria Amebiana, Helmintíases, Bilharziose e as famosas Úlceras Fagedênicas, e entre doenças sociais, a mais difícil de combater até na atualidade: Alcoolismo.

- Dentre estas, podemos destacar a Varíola que se constituiu na epidemia mais temerosa em Angola, ela ficou na memória da sua população pelos estragos que fez entre 1873, em todo o território, principalmente ao norte do Rio Cuanza; a epidemia de 1876 que teve sua origem no Dondo e Massangassa e a de 1881 em Benguela e território ao sul do Cuanza. Em 1914, houve outras grandes epidemias no sul da colônia.

- Nesta época, uma missão formada por médicos da Sociedade de Geografia, ficou encarregada de vacinar todo o contingente de Angola. Então, foi preciso, uma portaria do Governo Geral de 14 de setembro de 1911, data em que se tornou obrigatória vacinação Anti-Variólica, durante o 1º ano de vida e os reforços aos 11 e aos 21 anos.

- Ninguém poderia exercer um cargo público sem apresentar um atestado de vacinação e revacinação. Logo o governo criaria um curso de vacinação. Ainda neste período, não existiam em Angola os postos de saúde, toda vacina era importada de Lisboa, muitas vezes, pelo transporte mal organizado, tais vacinas chegavam ao seu destino quase sem validade para imunizar o povo.

- As dificuldades de transporte eram enormes, da retirada do frigorífico até a chegada em Angola decorria cerca de dois meses, além das vacinas não chegarem ao interior da costa. O curso de vacinação, nunca aconteceu, mas a primeira tentativa de vacinação geral em Angola ocorreu em 1929.

- O Governo abriu um crédito de cem contos, para aquisição de vacinas suficientes para toda população do distrito do Cuanza-Norte. Porém, como não havia pessoal de saúde em número adequado na execução da tarefa, este serviço foi realizado pelos empregados administrativos, e chefes de posto, mas os resultados não foram positivos, além do que, faltou publicidade para atingir a massa da população.

- Em 1923, o Governo abriu um crédito de duzentos contos na vacinação geral em todo o território. Embora não tivesse sido empregada importância total,

nem mesmo metade, o resultado foi bem melhor, sobretudo nos distritos do Cuanza-Norte e do Cuanza-Sul, onde vacinações excederam 70.000 (setenta mil).

- A história da Moléstia do Sono em Angola remonta a 1870, ano em que se registraram os primeiros casos do “mal do sono” na região do Golungo. Em 1871 e anos seguintes, alguns casos são apontados ao sul do Cuanza.

- A propagação intensa coincidiu com construção do Caminho de Ferro de Luanda–Malange, cujo traçado primitivo tocava alternadamente margem sul do Bengo e margem norte do Cuanza. Os dois rios são freqüentados pela glossina palpalis.

- Por outro lado, as lagoas existentes nas duas margens eram inundadas por inumeráveis mosquitos. Segundo doutrina de Roubaud, os mosquitos de toda costa, representavam um papel importantíssimo na transmissão mecânica do vírus tanto da Moléstia do Sono, quanto da Malária. E, portanto, na propagação epidêmica da moléstia. Reuniam-se todas as condições precisas do contágio em massa: grandes agrupamentos de trabalhadores, dos quais muitos procediam das regiões infectadas; glossinas (vetores da Doença do Sono); mosquitos (anófoles).

- Angola, nas suas regiões infestadas foi dividida em setores, de superfície suficiente para ocupar atividade de um médico. Certos setores foram agrupados formando zonas de assistência, sob direção de um médico mais graduado, cuidadosamente selecionado para dar aos seus subordinados uma orientação uniforme.

- Desta forma a zona do Cuanza-Norte compreendia os 04 (quatro) setores do distrito do mesmo nome; zonas do Congo e do Zaire continham 03 (três) setores cada uma.

- Os setores de Benguela, Cuanza-Sul, Ambriz, Malange e Lunda, estavam sob fiscalização direta do Diretor dos Serviços de Saúde e foram nomeados inspetores da Assistência Médica aos indígenas, alguns setores foram substituídos em sub-setores a cargo dos Médicos auxiliares da Escola de Nova-Gôa, sob contrato, subordinados ao médico chefe do setor.

- Os setores foram gradualmente ocupados à medida que havia pessoal disponível, começando pelos pontos mais contaminados. A ocupação do Cuanza-Norte começou em 09 de dezembro de 1926 e no fim de 1927, a ocupação estava completa em 80% da população estava sob a vigilância médica. Nesta zona, o chefe da mesma fez pessoalmente o reconhecimento minucioso do distrito.

- Tendo em vista superfície do território, densidade da população e o desenvolvimento da rede de estradas, ou de pistas acessíveis o automóvel, escolheu-se os pontos centrais para colocar as sedes dos setores.

- Por sua vez, o médico dos setores escolhia o local para estabelecer postos permanentes de assistência, a cargo de um enfermeiro europeu ou de um enfermeiro indígena competente.

- Cada posto fora estabelecido de forma que o Enfermeiro e os seus auxiliares pudessem em cada mês percorrer pelo menos duas vezes os centros de convocação sob sua direção.

- Por seu turno, os locais para estes centros de convocação, foram escolhidos da forma que os indígenas que ali deveriam comparecer, não tivessem de percorrer mais de quatro ou cinco quilômetros, entre ida e regresso, nos dias que lhes estavam marcados. Por vezes, o Enfermeiro ou mesmo o médico de setor, graças ao transporte mecânico, podiam assistir três ou quatro convocações no mesmo dia.

- Enquanto se procedia este trabalho, de cunho geográfico, os médicos e seus auxiliares percorriam aldeias uma a uma e examinavam todos os habitantes, fazendo recenseamentos exatos, forneciam-lhes fichas e curavam as afecções suscetíveis de tratamento rápido.

- Todas as aldeias ficavam compreendidas na área de um centro de convocação. Aos habitantes é marcado o dia ou os dias do mês em que devem comparecer. Nas convocações, os indígenas eram reexaminados e atoxilizados preventivamente. A dose de atoxil empregada era de $\frac{1}{2}$ grama de 15 em 15 dias, durante 04 meses, seguidos de um repouso de 06 meses, sob vigilância médica.

- Nos registros de recenseamento e nas fichas pessoais inscrevem-se os incidentes que podem interessar ao médico ou aos doentes. Se o indígena tivesse qualquer doença que poderia ser tratada na ocasião, era conduzido em um caminhão ao posto permanente ou ao hospital distrital, ou mesmo ao Hospital Central de Luanda, segundo gravidade do mesmo. Se algum indígena não houvesse comparecido à convocação por motivo de doença, o enfermeiro iria à sua casa e trataria ou conduziria o mesmo até o posto ou ao Hospital. Segundo um artigo publicado em fevereiro de 1924, pelo *Bruxelas Medical*, o sistema era o mais eficiente no tratamento primário aos indígenas, pois não havia interrupção na vigilância da saúde.

- A intenção deste tratamento era de manter vigilância até o ponto em que a morbidade e mortalidade de cada região, atingisse o nível normal. E, concomitantemente, aproveitarem para formar um contato estreito com a população, a fim de introduzir toda uma ideologia marcada por princípios de higiene preventiva, ao mesmo tempo determinar ou organizar estatísticas exatas do movimento demográfico, permitindo intervir imediatamente aonde ação médica era necessária.

- No final de 1928, uma epidemia de Disenteria Amebiana declarou-se em Lavúla, próximo de Dalatando. A intervenção imediata dos serviços permitiu debela-lá em uma semana, sem ocorrer um só caso de morte.

- Processos semelhantes foram praticados no Congo português, a partir de março de 1928 e no Zaire em junho do mesmo ano. Na sede destas zonas foram criados laboratórios; cada médico de setor e sub-setor com um microscópio e um pequeno laboratório portátil.

- Todo este trabalho foi amplamente pago pelas autoridades do Alto Comissariado. O pessoal tinha direito a gratificações avultadas que eram de 5.500 (cinco mil e quinhentos escudos), para os chefes das zonas, de 4.500 (quatro mil e quinhentos escudos), para os chefes de setores e assim por diante. Isto permitiu a uma parte do setor fazer uma seleção cuidadosa entre o pessoal; e a outra parte proibir aos médicos o exercício da clínica remuneradora.

- Se por motivo da ausência de clínica os médicos da época foram obrigados prestar serviços profissionais com remuneração ao respectivo Estado.

Como resultados destes aplicativos foram registrados no final de 1927:

- foram recenseados cerca de 111.000 (cento e onze mil) indígenas, o que representava estatisticamente cerca de 80% de toda a população. Os outros 20% habitavam a circunscrição do Catete, na maior parte da qual não havia mosquitos transmissores. Nesta região, havia oito médicos, além de três que faziam parte das burocracias (delegados de saúde), cinquenta e sete auxiliares (enfermeiros, agentes sanitários e capatazes de brigadas sanitárias). Estas brigadas compreendiam 301 (trezentos e um), trabalhadores indígenas;

- um laboratório principal em Dalatando e três laboratórios de menor importância nas sedes dos três setores, 85 (oitenta e cinco) postos, tanto os permanentes como os de convocação cobriam o território.

- Em 1928, construíram-se mais 06 (seis) senzalas. O número de doentes hospitalizados foi de 1.531 (hum mil quinhentos e trinta um) letárgicos; no 2º

período de 4.162 (quatro mil cento e sessenta dois) portadores de outras lesões. Nas convocações ocorreram:

- 857.958 (oitocentos e cinqüenta sete mil, novecentos e cinqüenta oito) injeções de atoxil;

- (além de 30.000 trinta mil aplicadas aos trabalhadores das empresas particulares);

- 170.815 (cento e setenta mil, oitocentos e quinze) tratamentos;

- 11.755 (onze mil setecentos e cinqüenta e cinco) consultas médicas;

- tendo se descoberto 1.131 (hum mil cento e trinta hum) novos casos de tripanossomíase (dos quais nem um só nas regiões sob vigilância médica desde 1927).

- As estatísticas demográficas que tinham mostrado uma taxa de mortalidade geral de 40,8% por mil em 1927, acusaram 22,3% por mil em 1928. Com o benefício de 2.425 (dois mil quatrocentos e vinte cinco) vidas humanas poupadas.

- Conseqüentemente, os indígenas tendo reconhecido os benefícios da campanha, passaram a ter uma melhor compreensão das convocações estabelecendo e obedecendo a mesma, até em locais como as pequenas feiras, em que ocupam o tempo enquanto esperam o enfermeiro ou o médico.

- Já a ocupação sanitária do Congo, embora ocorresse de forma retardada, estava sendo realizada em três quartos do território no fim de 1928, por oito médicos, 37 (trinta e sete) auxiliares e 350 (trezentos e cinqüenta) trabalhadores indígenas.

- O recenseamento médico excedeu 70.000 (setenta mil) em dezembro de 1928. A varíola, as boubas, as úlceras ficaram em via de extinção.

- Em números gerais, em Angola, o número de atendimento em 1928 foi: ver Tabela 14 abaixo:

TABELA 14: TRATAMENTOS E ATENÇÃO PRIMÁRIA AOS INDÍGENAS, EM 1927 E 1928.

Tratamentos e Consultas	Atoxilações nas Cidades e Aldeias	Vacinações – Anti – Varíola	Total Geral de Serviços prestados	Custos em 1927	Custo em 1928
Ano: 1927 372.780	319.850	80.307	1.325.000	2.500\$000	.000\$000
Ano: 1928 900.000 00	1.245.721	207.723	2.400.000	Orçamento da Comissão de Assistência ao Indígena	

FONTE: Sociedade de Geografia de Lisboa – III Congresso Colonial Nacional, 1930, p.: 64.

- As informações sobre o magnífico funcionamento deste serviço pararam em 1o. de abril de 1929, deixando de publicar-se o Boletim mensal da Assistência Indígena que até neste período era uma publicação regular.

- A Comissão de Assistência ao Indígena, foi extinta, quando as receitas acabaram, porém, em fevereiro de 1929 a março de 1930, Angola passou por um trágico período de epidemias, voltando novamente num estágio epidemiológico muito grave, por conta disso as taxas de mortalidade, novamente voltaram aos patamares anteriores de 1927, ou seja, metade da sua população quase desapareceu.

- O enfraquecimento do programa se deu não pela falta de interesse das autoridades sanitárias, mas exatamente pela falta de dinheiro, que assolava a jovem e ditadura República de Portugal. Desta forma, Salazar começava endurecer sua política de combater emancipação das colônias, além de buscar uma permanente ação de nacionalização das chamadas “possessões” portuguesas em toda África lusitana.

4) ATENÇÃO URBANA - SANEAMENTO DE CIDADES E ALDEIAS:

- Outra intervenção importante na Assistência aos Indígenas, foi sem dúvida o saneamento da cidade e aldeias, pois a situação e as condições higiênicas eram precárias. Geralmente, se procurássemos os locais, de preferência junto das

ribeiras e dos terrenos férteis, os indígenas encontrariam na sua cidade ou aldeia as condições sanitárias mais adversas.

- Na zona equatorial, com a fertilidade de águas, as glossinas (moscas vetor da tsé-tsé), os mosquitos (vetores da Malária), dois principais flagelos dos indígenas. Um outro ponto de difícil solução no âmbito do saneamento estava na água ingerida pela população de Luanda, de Benguela e de todas as cidades de Angola. Toda água consumida não é tratada, isto gerou fortes epidemias na população, principalmente as Diarréicas e de Cólera. Isto se agravava quando as senzalas estavam situadas em sítios insalubres, onde os costumes facilitavam e muito as infecções.

- Geralmente, os indígenas costumavam defecar muito próximo suas residências, com isto, o solo é infestado de parasitas e as crianças que brincam próximo a estes lugares ou em solos contaminados, acabam contraindo grandes quantidades de helmintos, desde os primeiros dias de existência.

- Os animais domésticos, o gado, os porcos, as galinhas e os cães, vivem conjuntamente com os seus proprietários nas mesmas cubatas. Os materiais de construção indígena não oferecem resistência alguma, devida isso os ratos encontram-se nas coberturas do colmo, um habitat perfeito para viver e multiplicar-se. Nas gretas do solo térreo alojam-se em grandes quantidades “carraça”, que é a transmissora da febre recorrente «*omitolodorus mombata*». As larvas vorazes da «*Auchmeronugia Luteola*» contribuem para anemizar o indígena.

- As covas que o indígena faz, muita vezes para tirar terra na qual irá fabricar adobe ou para outros fins, permanecem indefinidamente; o indígena faz delas despejamento das águas caseiras e de dejetos de toda natureza. Depois de uma chuva abundante, as larvas de mosquitos desenvolvem-se aos milhões.

- Mesmo assim, foram feitas algumas experiências para melhorar as precárias condições de saneamento. Em Bamako (Sudão Francês) foi organizada a construção de bairros indígenas com casas alinhadas e ruas largas e limpas, retráteis, depuração da água potável e currais comuns estabelecidos ao longo do Niger, a fim de evitar promiscuidade dos nativos, que deveria ser adotado como modelo.

- Na África Equatorial Francesa, no Oubanghi-Chari, a remoção e concentração das senzalas junto das estradas, com obrigação para os habitantes de cultivarem largos tratos de terreno nas proximidades, dando-lhes ao mesmo tempo

os meios de construírem cubatas limpas, bem alinhadas e com esgotos e fornecimento de água potável adequadas, constituíram um outro exemplo a seguir.

- Em Lagos (Nigéria) foi construído, em 1926, um bairro indígena totalmente de cimento armado, tornando-se também um modelo.

- Em Angola, tem-se preconizado há cerca de três anos, uma organização de aldeias modelares, cujos habitantes seriam escolhidos entre os indígenas sem doenças patológicas graves ou transmissíveis e pertencentes ao mesmo grupo étnico. Estas aldeias seriam providas de um mínimo de condições higiênicas no respeitante a habitação, a limpeza e a remoção de dejetos, captação e a provimento de água potável. Cada família possuiria um trato de terreno suficiente para assegurar condições de saúde para família. Haveria uma propriedade comunal onde cultivariam gêneros ricos; que seriam ainda, destinados à exportação.

- Alguns ensaios foram realizados e tem se mantido satisfatoriamente, se bem que, os princípios que deveriam obedecer às aldeias modelares, não tenham sido inteiramente observados. Pretendia-se, para o futuro, organizar estatísticas demográficas rigorosas, e, partindo de uma percentagem cobrada sobre o produto das aldeias modelares, tentariam um sistema de seguros sociais obrigatórios.

- As habitações indígenas, melhoradas no sentido de torná-las maiores e de defenderem melhor os seus habitantes contra intempéries, seriam feitas dos materiais grosseiros de que eles se servem atualmente, porém, mais adaptados ao ambiente.

- O indígena vive quase sempre ao ar livre. A cubata só lhe serve para abrigo noturno. A sua construção grosseira concorre para um arejamento constante, condição indispensável para ele poder acender sobre o solo térreo, a habitual fogueira sem a qual o indígena não passa, por que a fogueira é o lugar da “conversa final”, das discussões de família, dos “direitos e deveres”.

- Como podemos ver, é sumariamente grave a questão do saneamento básico em Angola, falta praticamente tudo neste aspecto, além do que, com a demanda do uso da água dos rios e lagoas, tem aumentado sistematicamente as endemias ligadas à falta de saneamento.

- Doenças como: Malária, Cólera, Diarréias, Febre Tifóide, Febre Amarela, Hepatite etc., agravam-se muito a saúde pública de todos habitantes de Angola, mas as cidades mais afetadas são aquelas com um grande potencial hidrológico como: Luanda, Sumbe, Benguela, Lobito e a Comuna da Catumbela,

sem contar também, com o alto grau de insalubridade destas cidades, o que do ponto de vista sanitário-ambiental tem facilitado o avanço de muitas doenças na colônia de Angola.

- O avanço epidemiológico é uma constante ameaça, com falta de recursos para continuidade dos programas de Assistência a Saúde dos Indígenas pelo Alto Comissariado do Governo de Angola.

- Para tanto, a propaganda da higiene deve permanecer em toda colônia.

5) EDUCAÇÃO SANITÁRIA - PROPAGANDA DA HIGIENE ENTRE INDÍGENAS

- Toda a propaganda sobre higiene entre as populações de Angola foi iniciativa pioneira do serviço de Higiene Pública, este buscava, na ocasião, combater fortemente possibilidades de vulnerabilidades constantes entre os povos da colônia. Desta forma, cabia aos médicos estruturar e orientar todas as unidades da colônia no aperfeiçoamento das medidas preventivas de saúde.

- Outro forte aliado do Programa foram às escolas, que são elos fundamentais na doutrina dos alunos para disciplinar todos, começando pelas crianças. Aos Enfermeiros, cabia visita às escolas, além de explicação técnica sobre mortalidade nas diferentes escalas epidêmicas. Por exemplo, nos setores mais críticos como a Malária usava-se população indígena, principalmente aqueles que eram assimilados, para propagar doutrina na língua dos nativos, mesmos aqueles que tivessem total confiança nos médicos.

- Geralmente os médicos alcançavam bons resultados, servindo-se daqueles indígenas assimilados para convencer seus conterrâneos. A distribuição de panfletos bilíngües, contendo várias informações de saúde também constituía uma tática infalível. Os resultados neste sentido eram preciosos, pois o indígena costumava aguardar religiosamente todo papel que lhes entregavam, apesar de muitos deles não saberem nem ler e nem escrever, mesmo assim ao receber tais papéis sentiam-se felizes, pois era a única forma do sentimento de inclusão naquele momento pessoal. Comumente, eram os assimilados que realizavam a leitura e os indígenas ouviam atentamente. Assim, forçosamente, iam alienando os grupos sociais na colonização, criando novas formas de ocidentalização em toda Angola.

- Normas como: comer com talheres, lavar as mãos durante ida na casa de banho, tomar banhos todos os dias, fazer escovação bucal 03 (três) ou quatro (quatro) vezes ao dia, fazer limpezas íntimas em ambos os sexos, fizeram parte de um momento fortemente ideológico das políticas de propaganda, utilizado pelos médicos coloniais.

- Portanto, os médicos acreditavam que doenças como: as moléstias endêmicas com fortes tendências, por exemplo, as epidemias de Paludismo ou Malária e outras, com certeza iriam reduzir de forma drástica.

- Para tanto, em Angola, foi criado o Instituto de Investigações Científicas, de onde saiam às publicações da Revista Médica, no Boletim da Assistência Médica Indígena. Para o setor de Educação Sanitária este programa não poderia oferecer qualquer tipo de falha, razão pela qual o Alto Comissariado fazia investimentos altos, tanto na propaganda quanto no lado monetário, eles mesmos sabiam que enquanto o dinheiro do orçamento existisse, tais aplicações repercutiriam muito bem em toda Europa, a ponto dos países europeus nunca questionarem o Governo de Salazar, das possibilidades de autodeterminação dos povos africanos sobre o seu poder nacionalista.

- Na colônia, tudo isto era um reforço para tentar quebrar uma onda de independência que surgia com força total nas colônias portuguesas, e entrariam em evidência logo após 1945, no final da Segunda Guerra Mundial. O embrião destas lutas é o ano de 1930, que apesar da forte onda nacionalista de Salazar, intensifica o desejo de liberdade nas colônias. O que existiu de fato é que o nacionalismo fortaleceu muito as lutas de independência e, ao mesmo tempo, as perseguições da metrópole nas colônias.

6) NOVAS TECNOLOGIAS - INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA:

- Quanto às novas tecnologias, cabe salientar que os laboratórios preencheram um papel considerável no desenvolvimento do serviço da Higiene Pública.

- Só as descobertas realizadas neste período, entre 1923 e 1930, representaram um avanço de 100 anos no combate às epidemias da época. Deste modo, endemias seculares que transformavam em pandemias, no continente africano, foram aos poucos se reduzindo os seus efeitos, principalmente quando os

combates estavam a todo o vapor, e claro que, quando acabassem os investimentos os retornos das mesmas seriam imediatos.

- O êxito do programa também passava por questões políticas e econômicas, os grandes laboratórios de investigação somente marcavam o terreno em metrópoles que atendiam os requisitos do capitalismo monopolístico da época.

- Neste período, foi dada grande importância sobre Parasitologia, Biomedicina, as análises de águas e alimentos. No caso de Angola, tudo isto apareceu, mas por um tempo muito curto. O investimento nestes setores era um dispêndio muito grande para o Estado, interessado apenas no trabalho semi-escravo dos indígenas, na ótica dos chamados “Código do trabalho indígena”, em diferentes províncias abateram decisivamente qualquer tentativa de preservar a população da colônia.

- O que ficou em evidência era, que nem mesmo a própria metrópole, tinha um avançado sistema de saúde, pois saúde e educação nos anos 30 era uma atividade para pouquíssimas pessoas em Portugal, a não ser aqueles que rezavam na cartilha do salazarismo.

7) AÇÃO PERMANENTE - PROTEÇÃO SANITÁRIA AOS TRABALHADORES INDÍGENAS:

- Por fim, não podemos deixar de relatar ações efetivas nas populações nativa das regiões tropicais, nas quais todas tentativas não foram absolutamente para os autóctones, mas um verdadeiro ensaio na busca de uma Saúde Pública que, acima de tudo, privilegiaria emigração dos Europeus em toda África, pois sabemos que as epidemias não respeitam padrões sociais, raças ou credo. As contaminações evidenciam-se em todos.

- Talvez, a possibilidade de amenizar as terríveis condições climáticas e sanitárias ao europeu, levaram as metrópoles em África na direção de ensaio no setor da saúde pública, em virtude de necessidades econômicas, políticas ou religiosas naquele continente que consideravam difícil a adaptação dos povos brancos..

- Criticavam os chamados “não assimilados”, buscavam sob todas as formas, uma ocidentalização. Mesmo se a destruição das culturas resultasse numa eliminação total das identidades. Não importavam, todos deveriam aceitar o novo

modelo de assistência médica, organizado na forma do capitalismo, ou seja, nas linhas da terapêutica individual, com métodos totalmente desconhecidos daquele povo, que milenarmente tinham toda uma cultura medicinal encravada nos poderes de cura da natureza, da Biogeográfica, de cada canto da mãe África, ou talvez, nas habilidades dos seus curandeiros, das parteiras das mais longínquas aldeias, num processo verdadeiramente ligado à cura holística.

- A mudança de tudo isto, teve um preço incalculável na destituição da cultura médica desses povos. O confronto entre as Medicinas passou a ser uma sinalização entre um passado considerado freneticamente ultrapassado pelos nossos detentores do “conhecimento” da Medicina.

- De uma forma ou de outra, o conhecimento africano, teria que abrir passagem para o chamado “povo civilizado”. Sendo que, para isto, houve a criação de uma ciência específica para definir o conceito de quem era o civilizado, o primitivo ou a barbárie. A ajuda rapidamente chegou à forma da Antropologia, onde tais preconceitos foram rapidamente transformados na lição de casa de cada dia, mesmo que as dificuldades econômicas dos países civilizadores batessem na sua porta, e, os mesmos fossem buscar o socorro monetário nas suas colônias, com um disfarce desenvolvimentista que percorreu toda África.

- Para que tudo isto fosse realizado, foi indispensável uma fortíssima doutrina nos indivíduos de todas as classes, no sentido de se criar um espírito sanitário novo, capaz de penetrar no imaginário de todos numa “pseuda” transformação social.

- A nova ordem, não poupou nem mesmo seus doutores, considerados homens de uma inteligência acima da média, pela sua formação. Os Médicos Higienistas, mesmo sobre forte influência do Estado, mesmo reconhecendo o poder da Medicina homeopática dos indígenas, em nenhum momento, hesitaram ou recuaram, no sentido de que acreditar naquilo que a sua ciência e o capitalismo propuseram. Ou seja, a questão sanitária e ambiental nas colônias era causada pelos indígenas e somente através das mudanças comportamentais dos nativos, somente a difusão de uma nova cultura médica levaria à erradicação total das endemias ou epidemias. Enfim, seria extinção da letalidade para todos.

- Assim, elegeram todas essas prerrogativas como essências na vida de todos os indígenas:

- Formações sanitárias destinadas à hospitalização;

- Formações sanitárias especiais ao serviço da saúde pública;
- Períodos de imunizações para as novas doenças;
- O emprego das vacinas;
- Combate ao Paludismo sazonalmente;
- Campanhas profiláticas contra todas as moléstias urbanas e rurais;
- Higienização das habitações indígenas;
- Criação de aldeias modelares, cujos habitantes seriam selecionados sob o ponto de vista físico, onde seria extinto qualquer retorno às suas culturas;
- Constituição de verdadeiros campos experimentais para organização de estatísticas vitais exatas, conjuntamente com uma educação ocidental no “pseudo-contato”, entre eles, europeus e aquele povo denominado antropologicamente de “indígena”, para ser nítido na dual relação entre civilizados, primitivos e a barbárie.

Dessa Maneira, os Serviços de Assistência Médica dos Indígenas, marca um período fragmentado da inclusão daqueles que eram proprietários do lugar, mas foram bloqueados do uso e do gozo dos seus patrimônios naturais, em decorrência da exploração humana, pela sobrevivência dos chamados “povos civilizados”.

Por outro lado, atendeu uma vasta experiência, no sentido de buscar soluções para saber até que ponto a adaptação étnica da raça branca nos planaltos intertropicais, no âmbito sanitário-ambiental suportaria permanecer definitivamente como guardiões das colônias? Pois, sabiam perfeitamente, que a fixação de uma raça oriunda da Europa, só podia ser assentada sem perigo, mediante um estudo prévio, sob todos os pontos de vista, nas terras por colonizar.

No entanto, quando os comboios começaram a apitar sobre o planalto benguelense, ficara para trás qualquer sentimento da política de colonização, claro que a assistência médica era mais um método de colonizar, para confirmar tais intenções.

Buscarei as palavras de um astuto colonizador de Angola, o General Norton de Matos. O mesmo dizia: “Pela minha parte continuarei sem desfalecimentos e através das maiores contrariedades e dificuldades, a cumprir dia a dia e cada vez com maior intensidade, a primordial missão de que a Nação me encarregou de colonizar rapidamente, Angola, com elementos unicamente portugueses”.

Definir a assistência médica neste contexto (exclusão) é entender fatos do Complexo Patogênico que pairam sobre a cidade de Benguela, Lobito e Comuna da Catumbela, na qual a política pública de saúde nunca teve uma continuidade.

Assim, absolvição da cultura da morte está nitidamente associada ao modelo da vida desta sociedade. Os elementos naturais (natureza física) confundem-se com os culturais e estes com os patológicos, basta para tanto, escolher os vários tipos ou faces da mortalidade: Paludismo, Cólera, HIV-SIDA ou qualquer outra nova patologia.

As crises endêmicas e epidêmicas que assolaram Angola continuam a se propagar na pós-modernidade, mesmo diante do avanço da ciência no campo da saúde pública. Por que tanta vulnerabilidade e receptividade na distribuição espacial da Malária sobre esta vasta zona de Angola?

Na foto abaixo, um bairro de Benguela, Kioshi, 1997, esta foto retrata vulnerabilidade e a receptividade.

FOTO 05: BAIRRO DE KIOSHI



FONTE: MANOEL, V., 1997, ANGOLA.

4. A EPIDEMIOLOGIA SOCIAL DE ANGOLA E A LUTA PELA REGRESSÃO FRENTE AOS NOVOS DESAFIOS DO SÉCULO XXI:

“É previsível que o sistemismo sobre o qual trabalha a globalização atual erga-se como um obstáculo e torne difícil a manifestação da vontade de desengajamento”. Mas não impede que cada país elabore a partir de características próprias modelo alternativo, nem tão pouco proibirá que associações de tipo horizontal se dêem entre países vizinhos igualmente hegemonzados, atribuindo uma nova feição aos blocos regionais e ultrapassando a etapa das relações meramente comerciais para alcançar um estágio mais elevado de cooperação.

“Então, uma globalização constituída de baixo, para cima, em que a busca de classificação entre potências deixe de ser uma meta, poderá permitir que preocupações de ordem social, cultural e moral possam prevalecer”. (Santos, 2000, p. 34)

A epidemiologia social, na qual emergiu Angola, não é uma questão nova, quando analisamos a saúde humana institucionalizada que prioritariamente deveria buscar a cura e o bem estar da população carente.

Para melhores esclarecimentos da temática, trabalharemos a conceituação de epidemiologia e a sua evolução ao longo do tempo, nas suas bases epistemológicas marcadas por exclusividades dos médicos sanitaristas.

O primeiro grande conflito surge numa retomada emergente da interdisciplinaridade da Ciência, frente aos desafios dos paradigmas do Século XXI.

Na medida em que as Ciências e as Tecnologias avançaram paradoxalmente, as comunidades dos países pobres não avançaram por não suportar o custo do uso das novas técnicas científicas, denotando efetivamente a segregação com exclusão na metade da população mundial. Na mesma direção, a história da ciência, num passado não muito remoto, deixou um legado secreto, através das principais teorias no campo da epidemiologia, propositalmente voltado às habilidades da Medicina.

Enfim, este era um instrumento do conhecimento secreto e particular do Estado e daqueles que tinham, após muitos anos de estudos, o direito de operar neste campo, deixando em nome do capitalismo, que as epidemias se

transformassem em pandemias, nas quais as comunidades eram surpreendidas sem conhecimento absoluto da extensão do problema na saúde coletiva, nos seus territórios de escala regional.

Com o passar do tempo, em pleno século XX, cientistas de renome como Albert Einstein, iniciam a democratização de suas descobertas, no caso das vacinas, que fizeram à felicidade de muitas crianças na África, Ásia e América Latina. As campanhas de vacinação, apoiadas pela Organização Mundial da Saúde, com os respectivos Governos destes Estados. Em tempos de outrora, o uso ou o acesso destas tecnologias médico-sanitárias era exclusivo com tratamentos e ações sanitárias organizadas pela Polícia Sanitária do Estado no qual possuíam direitos de manipular estatisticamente dados epidêmicos ou pandemias, com a finalidade de não promover o desespero ou crises de pânico na população.

Na maioria das vezes, o Estado e os médicos sanitaristas não tinham conhecimento da gravidade dos problemas. No caso de Angola tais fenômenos de morbidade e mortalidade (dados de expansão da Malária e Cólera em Angola, morbidade e mortalidade na atualidade). Os dados são sempre respondidos à mídia da seguinte forma: “tudo está sobre controle”, “temos a Vigilância Sanitária atuando em todos os campos”, “não necessitamos de ajuda”... Devido a este problema (falta de saneamento básico e infra-estrutura urbana), milhares de pessoas morreram na capital e interior do país (nos 1º e 2º semestres de 2006 e 1º semestre de 2007: epidemia de Cólera em Luanda, Benguela).⁷³

Episódios de epidemias em pleno século XXI são comuns em Angola, até mesmo em função da Geografia Médica aplicada localmente para remediar a saúde pública e sanitária no país, agora imaginem isto no século XVII, XVIII, XIX e início do

⁷³ “O Ministério da Saúde divulgou um relatório sobre a epidemia de Cólera que afeta o país desde fevereiro deste ano”. Segundo o documento **63.361 (sessenta e três mil e trezentos e sessenta um)** casos foram registrados no país, dos quais **2.629 (dois mil seiscentos e vinte nove)** óbitos.

O documento foi elaborado com a colaboração da Organização Mundial da Saúde (OMS) e diz que Luanda registrou, desde o início da epidemia, o maior número de casos **24.003 (vinte e quatro mil e três)**. “A província de Benguela teve o maior número de óbitos 554 (quinhentos e cinquenta e quatro), enquanto Bié foi o menos afetado, com 35 (trinta e cinco) casos e sete óbitos”.

(JORNAL NOTÍCIAS DE ANGOLA. Informativo do Consulado Geral de Angola, p, 6).

XX, no qual a epidemiologia era um território exclusivo da Medicina ou dos chamados médicos sanitaristas.

Atualmente, mesmo na velocidade da informação, os modernos meios de vigilância sanitária em ligação com o mundo, ainda configuram epidemias como esta e praticamente sem controle. Tal situação quase não se modificou, pois, nos remete ao raciocínio de que ainda prevalece o tempo da afirmação ideológica, da Medicina ocidental ontológica sobre a África, onde todos os aspectos e os conhecimentos médico-sanitários eram guardados sobre sete chaves nas academias médicas, além de se manter em função da fisiologia fragmentária, ou seja, da separação entre o corpo e mente (alma e espírito), fundamentadas nas várias ciências médicas positivistas e cartesianas (órgão mecânico, fisiologia, enfim os vários estudos que tratam as doenças), em pleno século XXI.

Em Angola, as novas demandas que partem das conglomerações urbanas são um fenômeno assustador, devendo ser tratado de forma substancial e interdisciplinar, com parcerias, porém, no cotidiano isto não ocorre e a saúde pública não está claramente associada qualidade de vida.

O restabelecimento da epidemiologia em Angola deve sair de um campo restrito e fragmentado e passar a ser objeto de estudo dos Sociólogos, Geógrafos, Antropólogos, Juristas, Historiadores, enfim, de todas as ciências sociais e não pode ser fronteira exclusiva da Medicina sanitarista. Como campo de estudos de várias ciências, os pesquisadores angolanos devem buscar uma epidemiologia além do olhar médico, ou seja, (para além da filosofia do sujeito) sem separação entre corpo, mente, alma, espírito, etc. Na verdade, as determinantes sociais como: guerras, catástrofes, convulsões sócio-políticas e econômicas devem fazer parte de uma nova construção na relação da saúde e das epidemias.

Desta forma, buscar o restabelecimento em um campo de conhecimento científico que tenha como objeto todos os eventos relativos à saúde e à qualidade de vida para comunidade angolana, em diferentes escalas, no qual cada grupo deve buscar soluções perante as realidades médicas das epidemias, sempre atentos às possibilidades da transformação de futuras pandemias em tempos de globalização.

Aos poucos, o país deve retomar o conceito da totalidade nas questões epidemiológicas, não basta apenas o médico, mas todos os cientistas apontarem soluções interdisciplinares para os problemas que afetam a República de Angola.

Segundo Ari Paulo Jontsch e Lucidio Bianchem, educadores da Universidade Federal de Santa Catarina, no artigo intitulado “Interdisciplinaridade para além da Filosofia do Sujeito”, a relação holística ou a totalidade do pensamento científico leva a filosofia do sujeito (único pensante–subjetivo) às múltiplas realidades das dinâmicas sociais, não sendo possível um pensamento unitário sem a fragmentação da suas bases.

Assim, eles propõem pelo menos 05 (cinco) formas para o confronto prévio entre a interdisciplinaridade e a especialização, elementos comuns analiticamente, não superados nos estudos epidemiológicos positivistas.⁷⁴

Desta forma, manter em Angola um padrão de estudos epidemiológicos fragmentados é o que mesmo não compreender os novos fenômenos da urbanização ficando, portanto, desassociados do real. Atualmente, o fenômeno urbano surpreende a todos: sua complexidade ultrapassa os meios dos conhecimentos e dos instrumentos da ação prática.

⁷⁴ “A fragmentação do conhecimento leva o homem à não ter o domínio sobre o próprio conhecimento produzido, o que se supõe perigoso pelo fato de que o sujeito (pensante) – também se supõe – não consegue ser mais o ordenador do caos que é o mundo (também suposição), especialmente o mundo do saber.

A fragmentação do conhecimento ou a especialização, em decorrência do exposto no item anterior, passa a ser assumido como uma “cancerização” isto é, como uma doença que fatalmente compromete a produção do conhecimento. A fragmentação do conhecimento – processo e produto – são, pressupõe-se, um mal em si, só podendo ser superado pelo ato de vontade de um sujeito (pensante) que, por força interna e opção/ decisão, faz a cirurgia extirpadora dos tumores (leia-se, entre outras, disciplinas) cancerígenas.

A soma de sujeitos pensantes que, com base em sua vontade, decidem superar a conhecimento fragmentado é, pressupõe-se a formula acertada. Expressando-nos de outro modo, podemos dizer que a interdisciplinaridade só é fecunda no trabalho em equipe, onde se forma uma espécie de sujeito coletivo.

O sujeito coletivo é capaz de viver a interdisciplinaridade em qualquer espaço de atuação. Não se diferenciando no ensino, na pesquisa e na extensão. Aparece; aqui, o pressuposto da pan interdisciplinaridade. Ademais, pressupõe-se que o sujeito pensante coletivo (entenda-se equipe) é capaz de curar qualquer mal e qualquer grau de enfermidades relativo ao conhecimento.

“A produção do conhecimento estará garantida, uma vez satisfeita a exigência do trabalho em parceria, independente da forma histórica como se deu ou estase dando a produção da existência”. (JANTSCH & BIANCHETTI, 2004, p. 16)

Para Angola, esta ação prática é imprescindível na busca e rumo de novas políticas sociais. As novas políticas de Saúde Pública em Angola deverão reconhecer no ser humano um participante do ecossistema com intervenção direta na socialização.

A epidemiologia há muito tempo reconhece uma conexão entre homem, meio ambiente natural, agentes, organismo, patologias, doenças, enfermidades e cura baseadas na investigação do nexos causal, porém, voltados para um sentido amplo do significado da Saúde, elaborado pela OMS (Organização Mundial da Saúde), como sendo: “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”.

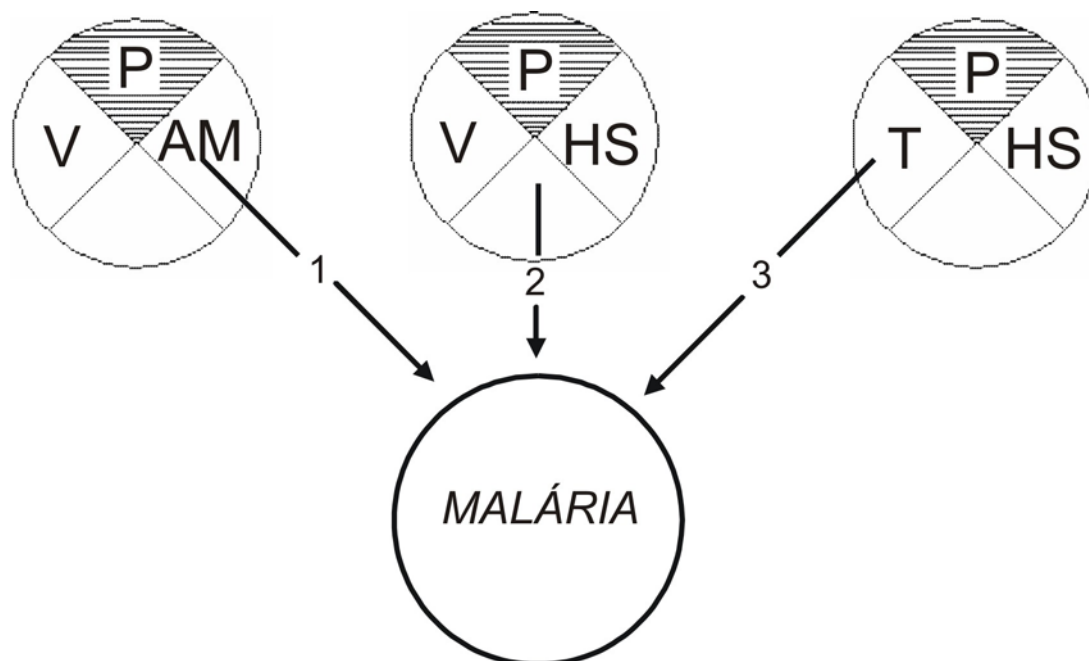
Neste contexto, o termo “epidemiologia social” até é recepcionado ou diretamente anexado aos fenômenos sociais da modernidade, no entanto o sentido etimológico da palavra epidemia, pode até evidenciar sua clássica definição.⁷⁵

O termo como Casualidade (binômio causa – efeito concernente à doença), Seqüência (tempo), Consistência (freqüência da associação), Coerência (explicações não contraditórias), fazem parte de uma relação causal.

Vejamos o caso da Malária no esquema da figura nº 03 abaixo:

⁷⁵ “A palavra epidemia foi originalmente concebida para designar todo o surto de doença infecciosa que acometesse a população humana (enquanto epizootia designa as ocorrentes nos animais). A etimologia grega, E i (sobre) + (Euos povo) destinam-se a indicar acontecimentos nefastos, atribuíveis a supostas Cóleras divinas, que se abatem sobre os indivíduos. Como se vê, referindo-se ao povo, o termo encerra precípuos aspectos populacionais, entendidos este como de grupo de pessoas que formam determinada população organizada em sociedade. Assim sendo, quando o estudo focaliza o estado de saúde a esse nível, e os fatores que sobre ele influem, passa a caracterizar o campo da epidemiologia”. (FORATTINI, 1996. P.22)

FIGURA 19 – TRANSMISSÃO DA MALÁRIA:



Legenda:

AM – ausência de medicação preventiva
 P – parasitos Plasmodium (causa necessária)
 HS – hábitos sociais
 T – transfusão sanguínea
 V – vetores Anopheles

Fonte: (IDEM: 1996.p. 24)

Na figura acima, temos representada a transmissão da Malária em humanos, nos quais, as três causas diferentes são suficientes na aquisição do Paludismo, com um mesmo parasito comum para todos.

No caso desta patologia, os hábitos sociais são representados através de duas formas de transmissão do plasmodium falcipurum. Portanto, devemos analisar as condições de vida da população, saneamento básico, o local onde o grupo está inserido numa escala da organização biológica, já que a saúde do grupo depende do coletivo, e não do individual, portanto, a denominação “Saúde Coletiva” para todos sem distinção.

Os problemas de ordem social também afetarão a todos neste coletivismo: promover, antecipar, preservar a saúde pública passa a ser fatores fundamentais para conter futuras epidemias sociais, na totalidade. Concreta e independentemente das contradições no âmago científico, nos estudos epidemiológicos, e, portanto, na Saúde Pública, devem ser considerados tanto os aspectos sociais como os biológicos.

Logo, a epidemiologia social está inserida na dinâmica social, e o tempo no qual a mesma permaneceu sob o paradigma da teoria microbiológica de Koch e Pasteur, já passou e hoje falar em epidemiologia é determinar uma totalidade passando por todas as teorias, ou seja, da genética, até a biologia molecular.

O estudo está diante de vários níveis, sendo todos necessários para focalizar os sofrimentos humanos, passando pelo orgânico, fisiológico, psicológico, entre outros, apoiados no holístico (Antropologia, Geografia, História, Filosofia, Direito), sendo uma tarefa de todos os pensadores. Novos rumos à epidemiologia angolana na atualidade podem ser visualizados, através de um olhar uno sobre a Malária ou o Paludismo. Isto representa uma continuidade da Medicina Colonial Imperialista, ainda não questionada pelas instituições que coordenam a Saúde Pública.

No período da Medicina Colonial Imperialista, os resultados não foram positivos tanto na ordem da estabilidade como na redução da doença, pelo contrário, tivemos um alargamento com a guerra civil, aprofundando o país numa epidemiologia social com surtos crescentes de Cólera, Malária, Tuberculose, doenças diarréicas e outras, aliadas à fome e à pobreza absoluta em suas comunidades. Evidenciando um custo social impraticável, mesmo para as maiores economias do mundo.

Com ênfase nas descrições acima, algumas questões surgiram, por exemplo: Como enfrentar os desafios do século XXI, diante de um ônus desta proporção? Como promover a Saúde nas províncias mais carentes? Como dar qualidade de vida para todos sem distinção?

As respostas devem estar na dinâmica social do país: através do histórico da luta pela saúde nas comunidades, nenhum resultado poderá vir dissociado ou isolado, mas sim, da busca dentro do contexto social, das contradições que sobrevivem através de séculos, na sociedade angolana.

Ao adentrarmos nas questões sociais de Angola não podemos negligenciá-las. Sendo que estas estão inseridas em um problema macro que todo país em desenvolvimento tem de enfrentar para buscar suas soluções no interior da sua própria contradição. Em virtude da dimensão espacial que prevalece na temática social, isto pode ter compreensões em diferentes escalas, pois, as sociedades, mesmo nas desigualdades, respondem de forma diferenciada os sentidos da pobreza.

No caso de Angola, independente do seu capitalismo tardio, a evidência em torno da pobreza absoluta é perfeitamente entendida, como um país que teve seu sistema produtivo destruído. Porém, por outro lado tem capacidades de reversão elástica com as maiores reservas toda África Austral.

O esforço da construção deverá ser de todos, com democracia na distribuição social desta riqueza, o caminho das desigualdades não leva à estabilidade, a distribuição de renda deve ser constante e com foco dirigido aos mais necessitados.

O que temos em Angola na atualidade é um capitalismo exibicionista, entre uma minoria abastada e uma maioria faminta. O discurso político não pode ser utópico, devem prevalecer propósitos que vão ao encontro das necessidades da população, por exemplo, priorizar o emprego, a saúde e a educação na preparação das futuras gerações. Os homens passam e as instituições ficam para serem cuidadas pelos jovens que deverão estar preparados à altura e à grandeza do país. O somar para dividir no futuro, talvez não seja o melhor caminho na perspectiva do povo angolano, com necessidades emergentes no pós-guerra.

Ao retornarmos uma retrospectiva histórica da República de Angola, perceberemos que durante 40 anos de guerra civil, o capitalismo do ocidente usou este espaço territorial para manter sua hegemonia e testar novos equipamentos de guerra, numa população desprevenida - apesar de tais fatos não inocentarem àqueles que se aliaram aos acordos na troca da humilhação e pobreza absoluta do povo. A diferença está nos atores que tinham consciência da destruição da sua terra, mesmo assim, o povo angolano respondeu a todas as situações de violação da sua sobrevivência, buscando alternativas para vencer a opulência.

Tais ocorrências não foram somente em Angola, mas em toda a mãe África que não resistiu às fortes pressões do capitalismo industrial/financeiro recorrente do século XIX, foram divididas todas as Nações, não sendo respeitadas religiões, culturas, costumes e legislações centenárias, nas resoluções dos conflitos internos das comunidades africanas. A guerra foi apenas uma composição do jogo altamente competitivo dos ocidentais.

Neste seu caminho histórico, Angola, ao lutar pela sua independência diante de uma colonização que durou mais de quinhentos anos, sofreu exatamente aquilo que desejava a vigência do capital: o país caiu numa instabilidade político-militar que teve como saldo, a penhora de todos os seus principais recursos naturais, sem

contar com o humano. Este, sendo imprescindível na construção da sólida democracia e da igualdade social.

Em 1992, a guerra⁷⁶ reiniciou e atingiu gravemente as populações urbanas.

Nesta guerra, Angola perdeu aproximadamente 40 bilhões de dólares, além da destruição social de várias gerações, transformando o país num centro epidêmico social, com problemas em todas as escalas.

Ver quadro abaixo:

QUADRO 05: Perdas decorrentes da guerra civil em Angola, 1975-1993.

<i>Mortos (87% civis)</i>	<i>990.000</i>
<i>Mutilados</i>	<i>70.000</i>
<i>Refugiados</i>	<i>85.000</i>
<i>Exilados e Emigrantes</i>	<i>1.100.000</i>
<i>Deslocados (90% dependentes do Estado e de Doações)</i>	<i>3.000.000</i>
<i>Órfãos e crianças abandonadas</i>	<i>100.000</i>
<i>Doentes Mentais</i>	<i>25.000</i>
<i>Crianças com menos de cinco anos que nasceriam e estariam vivos se houvesse paz</i>	<i>834.000</i>
<i>Desmobilizados (95% desempregados)</i>	<i>151.000</i>
<i>Total</i>	<i>6.355.000</i>

FONTE: (Vicente, 1994, p. 81)

Este quadro nos transmite as reais dificuldades enfrentadas para diminuir a pobreza em Angola, com um agravante, o país teve de consolidar sua transição forçada pela guerra fria de um socialismo representante da luta colonial, para um capitalismo selvagem, nos quais elementos como: Saúde, Educação, Transporte, Saneamento Básico, Habitação e Previdência Social, tiveram que sair da contabilidade do Estado e transferir-se para o setor privado inexistente. Neste momento, o desastre da administração pública veio à tona, além do despreparo, a

⁷⁶ “Globalmente, estima-se que o número das populações afetadas foi desastroso. O levantamento das Nações Unidas feito no quadro humanitário identificou 125 mil deslocados e 250 mil afetados pela guerra num total de 375 mil pessoas”. (UNAVEM News, 1996, p. 3)

corrupção alargou-se no seio do sistema público, que não resistindo, entrou em colapso total.

O fracasso do sistema rapidamente estendeu-se à população, a mesma não resistiu sucumbindo a um quadro humanamente impossível para viver com dignidade.

Ver Quadro 06 abaixo:

QUADRO 06: Situação sócio-econômica

<i>Calorias per-capita por habitante</i>	<i>Ano 1965 = 65 Kal Ano 1992 = 59 Kal</i>
<i>Mortalidade de menores de 5 anos</i>	<i>Ano 1960 = 12 anos Ano 1995 = 5 anos</i>
<i>Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)</i>	<i>Ano 1994 = 157º lugar, numa relação de 160 países.</i>

FONTE: Relatório do Desenvolvimento Humano (PNUD, 1997, p. 45).

De acordo com os dados acima, o baixo número de calorias per-capita (desnutrição) favoreceu a mortalidade infantil, que na época colonial eram de 12 (doze) anos por mil nascidos e foi diminuindo para 05 (cinco) anos, entre 1960 e 1995 - período este justificado pela forte guerra civil que abateu o país, neste intervalo de 35 anos de luta pelo poder.

Desta maneira, não podendo plantar para comer, as populações rurais foram em direção às cidades, agravando todo o sistema de infra-estrutura urbano-ambiental. Tal caos levou esta população à vulnerabilidade de várias epidemias, associadas a uma profunda crise social.

Mesmo com uma grave crise de epidemia-social, o Estado investiu fortemente uma considerável parte do PIB para gastos militares numa possibilidade de aniquilar a feroz vontade de adquirir o poder do ex-líder da oposição: Jonas Malheiros Savimbi.

Além de lidar com a guerra civil, o estado angolano tinha que fazer uma dolorosa transição, entre um socialismo centralizado para uma economia de mercado, isto representou um grande sacrifício para a nação, principalmente com a retirada das mazelas conquistadas durante este período como: a não cobrança de

impostos, taxas de água, energia elétrica, previdência social e outras que conduzem as economias capitalistas. Ordenar o país e combater a miserabilidade não foi uma tarefa fácil no controle das epidemias-sociais, assim faltaram recursos, sendo que parte destes recursos foi complementada com políticas de doações de vários países europeus, muitos deles de olho no setor petrolífero do país no pós-guerra.

Segundo Makuédia.⁷⁷

Desta forma percebemos que Angola foi apenas mais um palco da guerra fria no continente africano, apesar do desmonte organizado pela colonização, a identidade, a integração foram mecanismos de atuação provocativa na concepção da guerra, uma vez que o lado étnico passou distante do real conflito angolano.⁷⁸

A análise do continente africano em seu processo histórico merece cuidado, pois, sua história é extremamente recente e sempre foi contada pelos vencedores.

No caso de Angola, ela é mais atual ainda, pois os fatos não foram totalmente desvendados. Todo cuidado, na interpretação histórica, é pouco, mas cabe ao cientista social, olhar pela dimensão das estruturas destruídas na ordem social.

⁷⁷ “... estudar a questão social em Angola constitui um desafio alucinante, porquanto a sociedade angolana - que só na atual conjuntura ensaia os seus primeiros momentos de paz - atravessa uma escassez generalizada de bens e serviços de primeira necessidade. O país convive com a ausência de um sistema de previdência social, de uma legislação trabalhista a altura de colmatar as reais necessidades dos trabalhadores e com um parque industrial sucitado; com um campo fértil a produção agrária é impossibilitada, em virtude das minas explosivas.

Isso levou a que o país vivesse apenas das exportações de petróleo e do diamante, importando todos os bens de primeira necessidade para garantir a sobrevivência de sua população.

A questão étnica em Angola ainda não constitui um problema nacional, embora ela não se manifeste com antagonismo que caracteriza a questão social. Ela se manifesta em níveis subjetivo e emocional, sem constituir no momento uma preocupação objetiva, já que o grau de miscigenação e de inter-relações entre as “tribos” é grande, até pela concentração da maior parte da população angolana nos grandes centros urbanos e, por isso, dissociada das grandes influências tradicionais locais”. (Makuédia, 2002, p. 56).

⁷⁸ “Os colonialismos e imperialismos espanhol, português, holandês, belga, francês, alemão, russo, japonês, inglês e norte-americanos sempre constituíram e destruíram fronteiras, soberanias e hegemonias, compreendendo tribos, clãs, nações e nacionalidades. São muitos o que os Estados Nacionais asiáticos, africanos e latino-americanos foram desenhados, em sua quase totalidade pelos colonialismos e imperialismos europeus, segundo os modelos geo-histórico e teórico ou ideológico, que configurou toda a Europa.” (IANNI, 1996, p. 41).

No caso de Angola: a mesma “teve uma caminhada sui generis”. Da colonização tardia de Portugal, o país voltou à instabilidade político-militar motivada, não pelo caráter étnico ou cultural, mas pelo oportunismo, sede de poder e arrogância de alguns líderes dos movimentos de libertação, agravada pela forma atabalhoada com que Portugal prepara a transição de sua independência.

O Estado angolano viria a se constituir em um Estado de orientação socialista (socialismo científico), valorizou mais a defesa armada de sua integridade territorial, constantemente agredida por forças externas, do que a eleição de estratégias de combate à pobreza.

Apoiada pelo centralismo democrático nos fóruns de discussão interna do partido, mas mutilado pela proibição de reunião e/ou manifestação pacífica contra o sistema político instituído, o Estado angolano apresentava um misto de democracia representativa, ao mesmo tempo em que professava uma tirania camuflada. Ou seja, o país dividiu-se em dois blocos fundamentais de “afetos” e “desafetos” ao regime ou a revolução “socialista”.

A necessidade urgente da criação de bases para a construção de uma sociedade socialista diante de um quadro caótico, sem infra-estrutura sócio-econômica, fez com que a classe operária e a camponesa, enquanto sujeitos “naturais” da criação do sistema de “ditadura do proletariado” - também chamada “ditadura democrática popular”, fosse substituída pelos vanguardistas, ou seja, pelos mais disciplinados entre os trabalhadores e camponeses organizados, afetos ao partido único no poder.

No momento posterior: da Segunda República, as políticas sociais tomaram um caráter meramente paternalista, assistencialista, com uma visão emergencial, em função da inoperância de todas as políticas anteriores direcionadas ao social, pois, embora estas tivessem sido orientadas pelo caráter universal e progressista, se mostravam irrealizáveis diante do burocratismo que a máquina governamental havia instituído.

Acresceu-se a isso a relutância de alguns dirigentes que, mesmo sem possuir formação que os capacitasse ao exercício de várias funções, dificultava a inserção de novos quadros no mercado de trabalho, preferindo a manutenção da assessoria de estrangeiros, que revelavam desconhecimento profundo da realidade local, o que contribuía ainda mais para a degradação das condições sociais das populações.

Este momento foi marcado, também, pelo recrudescimento das ações militares: outra argumentação ideológico-política encontrada pelos governantes para justificar a inoperância de sua administração.

O recrudescimento das ações militares foi uma guerra civil interna, aliada às intervenções dos EUA e da ex-União Soviética - um panorama característico da Guerra Fria.

Tanto a primeira quanto à segunda guerra civil interna, refletiram pesadamente nas condições sociais do povo angolano. A população não teve tempo para comemorar sua independência, pois, o poder foi transferido em 11 de novembro de 1975. Angola passou a viver, não apenas o reflexo da descolonização condicionada pela queda de Salazar, mas também a incapacidade política e social de organização futura do país, sendo que vários partidos reivindicavam a independência e todos eles não tinham capacidade de uma articulação, que futuramente poderia levar o país a uma estabilidade política, econômica e social para a legitimidade da democracia.

Seriam necessários longos anos de guerra para que a sociedade conhecesse de forma definitiva o governo ideal que atendesse as suas aspirações. Isto custou períodos de oscilações com queda violentíssima no padrão de vida do país.

A guerra civil ao prolongar-se adiou e retrocedeu a consolidação da identidade nacional, pois, tornou-se difícil conhecer as ideologias dos partidos. Enfim, a democracia acabou vencendo, mesmo com o não reconhecimento do ex-líder da UNITA (União Nacional de Independência Total de Angola), Dr. Jonas Malheiros Savimbi.

Com a sinalização do fim da guerra fria, os americanos reconheciam oficialmente, o estado angolano. O governo Bill Clinton declarava a UNITA como o principal responsável pela retomada da guerra e forçava Jonas Savimbi a buscar um novo acordo de paz que ficou conhecido como Protocolo de Lusaka.⁷⁹

⁷⁹ “O balanço da guerra foi extremamente pesado para Angola, pois a mesma fez 1 milhão de mortos, 100 mil mutilados, 5 milhões de deslocados dentro do país, 2 milhões de refugiados para países vizinhos, uma dívida de mais de 20 bilhões de dólares e 3 milhões de famintos, desta forma Angola iria precisar de algumas dezenas de anos de paz para remover tais ruínas”. (Protocolo de Lusaka, 1995, p. 9).

Os dados sobre as perdas de Angola com a guerra possuem diferentes interpretações para São Vicente, a perda financeira chega aos 40 bilhões de dólares. Ver Quadro 07:

QUADRO 07 – Perdas Financeiras (US\$)

Perdas Financeiras (**) (US\$)...	US\$
Pontes (ferrovia e rodoviária). Estradas	3.200.000.000
Escolas. Hospitais e outros imóveis	2.380.000.000
Barragens e centrais hidroelétricas	850.000
Geração térmica de eletricidade	530.000
Material de guerra destruído	5.700.000.000
Compra de Armas e equipamento militar excedente	9.800.000.000
Despesas com as forças armadas	650.000
CFB (Caminho de Ferro de Benguela)	880.000.000
CFL (Caminho de Ferro de Luanda)	220.000.000
CFN (Caminho de Ferro do Namíbia)	122.000.000
Café (perda de produção e exportação)	6.200.000.000
Diamante (perda de produção e exportação)	4.600.000.000
Destruição do porte industrial	840.000.000
Refinaria de petróleo de Luanda	72.600.000
Base do Kwanda	66.000.000
Terminal de Kinfunquena	60.000.000
Petróleo (perda da produção na B. do Congo)	860.000.000
Custos adicionais de transporte (frete aéreo e cabotagem)	2.300.000.000
Custo dos acordos de Bi cesse	450.000.000
Destruição de seis emissoras da Radio Nacional de Angola	70.000.000
TOTAL.	40.000.000.000
Exercício da Administração (1975 -1993)	65.75% do território
Minas (1/3 com localização desconhecida)	10.000.000
Tempo de Duração da Guerra	33 anos
(**) Não estão incluídos os efeitos indiretos sobre o PIB no período de 1975–1993.	
Fonte: (Vicente, 1994, p. 82)	

Tais valores podem estar acima dos 40 bilhões de dólares, pois, à contabilidade da guerra não foi adicionada à destruição social de várias gerações. Além disso, a destruição da infra-estrutura de saneamento do país levou a perda de grande patrimônio construído e de incontáveis vidas humanas pelo aumento significativo das taxas de mortalidade.

Durante os últimos 33 anos a sociedade angolana não conheceu uma estabilidade, não conheceu a equidade social, nem a noção de cidadania, apenas os flagelos, aliás, fator este, que se muito distante da sua Lei Constitucional no que diz respeito aos Princípios Fundamentais.⁸⁰

⁸⁰ ARTIGO 2º: “A República de Angola é um Estado democrático de direito que tem como fundamentos a unidade nacional, a dignidade da pessoa humana, o pluralismo de expressão e de

A moderna e progressista Constituição de Angola determina uma equidade social invejável para qualquer país rico do mundo, porém sua crise social: pobreza absoluta, doenças degenerativas, epidemias, devastação ambiental, ausência de saneamento e outras patologias, combinam perfeitamente à catástrofe social que passa sua comunidade, recuperar isto é o grande desafio para o século XXI e para tanto, é necessário recuperar primeiramente a democracia, assim como, dar força ao poder local, isto é, seguir a risca os Artigos 54º e 90º da Constituição Federal angolana.⁸¹

Logo, a República de Angola tem um dever histórico de recuperar esse poder, fazendo com que a democracia atue na participação de toda comunidade no processo social, poupando a mesma desta grande epidemiologia social, usando os novos tempos para unificar decisões fundamentais ao crescimento econômico da nação.

Respeitar a democracia é proporcionar para população os frutos da construção de um novo país.

Por outro lado, sem um combate contínuo aos fatores endógenos e exógenos, ou mesmo, sem a busca de um restabelecimento da infra-estrutura no campo da saúde pública, não haverá progresso no combate das doenças.

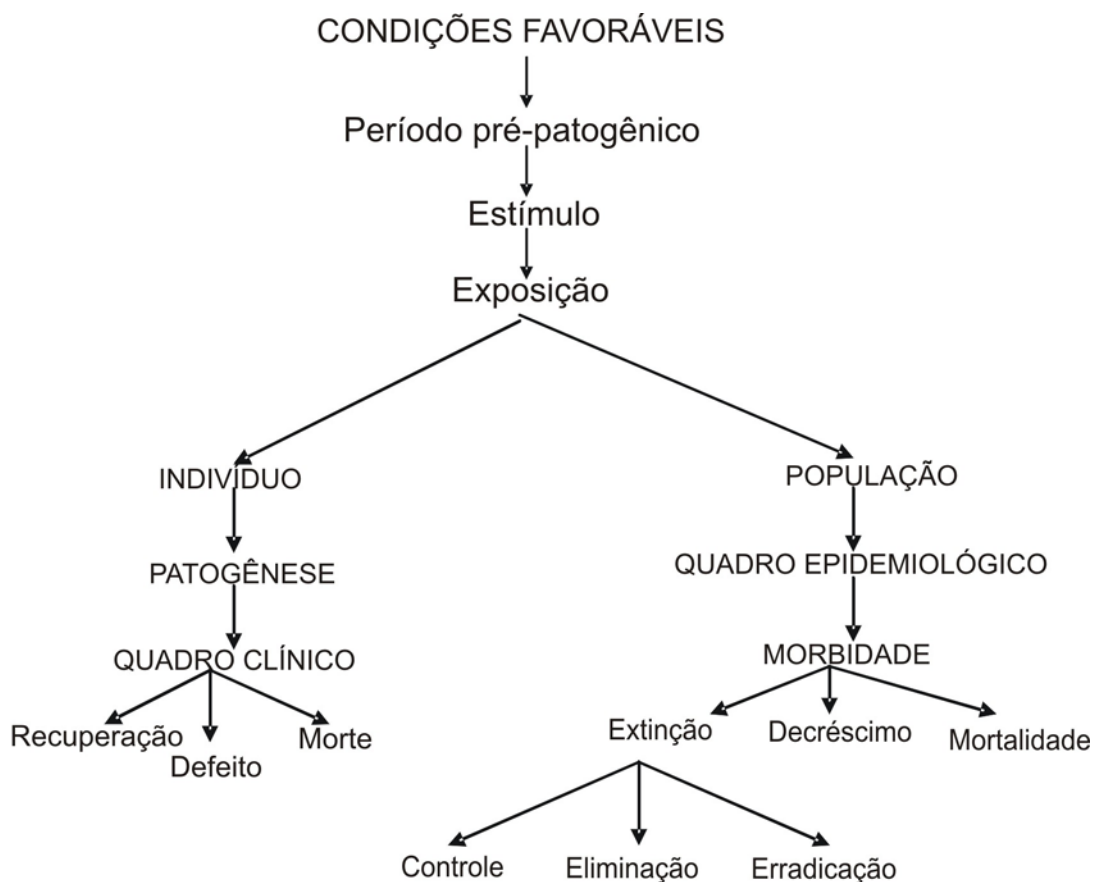
Estes fatores sociais acabam definindo uma continuidade de epidemia social vertical, não dando oportunidade ao Estado para recuperar a saúde do cidadão.

Pois, sem prevenção, a gênese do período pré-patogênico evolui, estimulando uma exposição do indivíduo a uma patogênese que insere população para um quadro epidemiológico de morbidade constante, denominado processo ecológico da doença ou agravo à Saúde Pública. Ver Figura 04 abaixo:

organização política e o respeito e garantia dos direitos e liberdades fundamentais do homem, quer como membro de grupos sociais organizados". (Lei Constitucional da República de Angola, 1999, p. 13).

⁸¹ "(Os órgãos do Estado organizam-se e funcionam respeitando os seguintes princípios: Alínea; d) autonomia local; e) descentralização e desconcentração administrativa, sem prejuízo da unidade de ação governativa e administrativa; k) do Artigo 90º: - participação das autoridades tradicionais e dos cidadãos no exercício do poder local". (IDEM, p. 26-40)

FIGURA 20: REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DO PROCESSO ECOLÓGICO DA DOENÇA OU AGRAVO À SAÚDE NO INDIVÍDUO E NA POPULAÇÃO



Fonte: (IBIDEM, 1996:39)

Buscar formas para diminuir as vulnerabilidades e condicionantes que determinam a evolução de patologias em Angola, depende de um efetivo programa de Saúde Pública e não apenas de simples ações regionais, em regime emergencial. A figura acima direciona tanto para quadro clínico como para morbidade evidenciando processos distintos da patogênese para população em risco epidemiológico. Angola tem necessidade de ações permanentes ou projetos de intervenção nas vulnerabilidades locais como: projeto de reabilitação urbana e ambiental de Lobito e Benguela encerrado em 2000.

4.1. O Projeto de Reabilitação Urbana e Ambiental do Lobito e Benguela e Comuna da Catumbela

“Os problemas ambientais de Angola estão devidamente identificados, o que não existe é dinheiro suficiente para colocar em andamento todos os programas”.

Certamente a comunidade internacional não estará disponível para ajudar financeiramente Angola em tudo...

Angola sem capacidade econômica, e enfrentando situações típicas dos países em desenvolvimento, suas populações do meio rural e urbano continuam a destruir as florestas para sobreviver, não podemos substituir as fábricas poluidoras, nem será preocupação de curto prazo a construção de estação de tratamento de esgoto em todo o país. “Procura-se fundamentalmente continuar a tentar obter o suficiente e para comer”. (Santos Júnior, 1997, p. 65).

Em relação a sua descrição, o projeto teve com objetivo fundamental melhorar o meio ambiente das cidades do Lobito e de Benguela com as seguintes preocupações:

- eliminar as epidemias, melhorar a saúde da população; diminuir a degradação do meio físico, reabilitando o sistema de abastecimento de água e saneamento;
- melhorar as condições de vida nos bairros periféricos, fornecendo água potável e latrinas melhoradas, desenvolvendo conjuntamente um programa de revegetação;
- reforçar as instituições responsáveis pelo funcionamento, administração e controle dos serviços urbanos e meio ambientes prestando assistência técnica, apoio logístico, formação e estudos.

Para atingir os objetivos propostos, o projeto desenvolveu quatro componentes básicos:

- saneamento ambiental, que inclui as seguintes sob componentes:
- reabilitação e distribuição do abastecimento de água;
- reabilitação do sistema de esgotos sanitários;
- reabilitação do sistema de escoamento de águas pluviais;
- gestão de resíduos sólidos.

Saneamento para População de Baixa Renda, com as seguintes sob componentes:

- programa de latrinas melhoradas;
- educação sanitária e ambiental;
- revegetação urbana.

Desenvolvimento das instituições, incluindo:

- fortalecimento da capacidade do Gabinete Provincial do Plano (GPP) e

Gestão do Projeto;

- fortalecimento da capacidade do Departamento Provincial dos Serviços

Comunitários (DPSC);

- fortalecimento da Empresa de Águas de Benguela (EPAB);
- formação do quadro das empresas em nível nacional e internacional.

Estudos referentes à:

- tarifas de água e esgotos;
- reorganização institucional da EPAB;
- gestão do meio ambiente;
- outros estudos relacionados com o desenvolvimento urbano.

FOTO 06: Alunos do Curso de Geografia da Universidade Agostinho Neto, Benguela em visita técnica na Estação de Tratamento de água de Benguela juntos com o Profº Valêncio Manoel – 1996.



Fonte: (Manoel, V., 1996)

Na foto acima, observamos a reativação da Estação de Tratamento de Água de Benguela, após 30 (trinta) anos sem água tratada. Na foto abaixo, podemos observar a produção de lajes para latrinas no saneamento de baixo custo.

FOTO 07: CONSTRUÇÃO DE LAJES



Fonte: (Manoel, V., 1995)

De acordo com a Foto 07, a aceitação do programa de construção de latrinas gerou grande demanda na comunidade.

Apesar das dificuldades, o programa de saneamento de baixo custo obteve aspectos positivos, pois todo o país iniciou um programa semelhante de latrinas baseado na participação comunitária.

4.2. O poder local

Independente das linhas de pensamento que norteiam a história de Angola, o Banco Mundial com o financiamento direto às comunidades iniciou intervenção no setor sanitário-ambiental, com características diferentes das que ocorreram em outros países. Após o acordo, houve deslocação da administração total do projeto para o poder local, desvinculando verba do Governo Central.⁸²

Abaixo mostram as autoridades tradicionais “os sobas”, fundamentais na transmissão político-cultural do povo angolano.

⁸² “A participação da comunidade implica uma transformação da cultura administrativa, um processo sistemático e trabalhoso”.

Em outras palavras, a capacidade de descentralização se desenvolve progressivamente e as exigências devem corresponder à capacidade real de execução.

O Poder Local como sistema organizado de consensos da sociedade civil, num espaço limitado, implica, portanto, alterações no sistema de organização da informação, reforço da capacidade administrativa e um amplo trabalho de formação, tanto na comunidade como na própria máquina administrativa”. (Dowbor, 1994, p. 72).

FOTO 08: SOBAS

Fonte: (MANOEL, V., 1996)

No caso angolano, a integração institucional e a participação comunitária no Projeto PRUALB foi uma exceção no país. O modelo de parceria entre o Projeto e a comunidade definiu claramente a capacidade do Poder Local e das comunidades que foram convocadas para participar e corresponderam a todas as mobilizações do Projeto. A sustentabilidade e a eficiência desse modelo de construção corresponderam plenamente à proposta do Banco Mundial em financiar projetos diretamente às comunidades, desconsiderando o histórico das instituições dos governos centrais como representantes diretos da comunidade local.

Anteriormente, em muitos casos, as verbas negociadas não chegavam aos grupos necessitados em função dos procedimentos burocráticos impostos pelo Estado e da corrupção nos diversos níveis de governo.

Nas comunidades que recebem investimentos diretos, a organização dos projetos tem eficiência maior em virtude da fiscalização constante da própria comunidade, tornando, dessa forma o poder local importante para as soluções das problemáticas que ocorrem em seu seio. As soluções, em alguns casos, são extremamente simples e não exigem financiamentos vultosos e sim, adaptações simples e mudanças de hábito dos moradores.

No caso do saneamento de baixo custo, em Angola, a participação do poder local foi eficiente na responsabilidade, na fiscalização e na geração de dinamismo comunitário.

Ao elaborarmos presente tese percebemos no aspecto político e econômico que saúde e educação, elementos que compõem a essência do social, estiveram ausentes da política econômica de Angola, durante toda sua história. Nunca houve uma parceria envolvendo o Estado e a sociedade, que por meio de um pacto social, poderia ter tido outra opção, fugindo da guerra civil interna. A parceria e a flexibilidade do Estado para uma coesão nacional ficaram num segundo plano.

A gestão social e a descentralização política podem garantir uma permanente prestação de contas à sociedade. No caso de Angola tal transparência nunca ocorreu.

“Um caminho renovado vem sendo construído através de parcerias envolvendo o setor estatal, organização não governamental e empresas privadas.” (Dowbor, 1998, p. 3).

Surgem com forças, conceitos como responsabilidade social e ambiental do setor privado. O chamado terceiro-setor aparece como uma alternativa de organização que pode ao articular-se com o Estado assegurar a participação do cidadão, além de trazer respostas inovadoras...

“... Outro eixo renovador surge com as políticas municipais o chamado desenvolvimento local”. (IDEM, 1998, p. 3).

O problema no caso de Angola, em termos do poder local é que o Estado está viciado na concentração do poder político. A grande preocupação da burocracia política deste país que conhece todos os caminhos do poder é o medo da força de gestão da comunidade, pois, sabem da capacidade que a sociedade tem em articular-se. Por isso, apesar de contar com o povo desde o princípio da revolução, após o término revolucionário não se permitiu à continuidade da gestão social. Um exemplo de tais ações está na destituição das autoridades tradicionais locais (sobas), que não houve contribuição para o regime.

A redescoberta do poder local, em Angola, com projetos como o do Lobito e Benguela, em que a participação popular foi decisiva, pode lhe propiciar novos rumos no desenvolvimento. O desafio para a República de Angola está não só na Reabilitação Urbana e Ambiental, mas numa recondução das articulações sociais, numa alternativa verdadeiramente democrática, contrária aos fatos ocorridos durante todo estes anos de República Angolana.

4.3. Malária, meio ambiente e clima: progressões geopatológicas sócio - ambientais no Lobito, Benguela e Comuna da Catumbela.

“O homem e a natureza são agentes duplos da revolução perene que molda e transforma a face da terra e o caráter das atividades humanas. Este embate, às vezes violento e esporádico, às vezes suave e constante, ainda que exigindo sempre nova resposta para novo desafio, ativa as energias potenciais do homem e da natureza, moldando-as através de padrão grandioso de avanço ou recuo, de interação criativa ou antagonismo calamitoso e de promessa ou falência...”.

“A principal lição que poderemos apreender da ecologia animal é a necessidade do estudo das comunidades humanas como um todo e em seu relacionamento total com o ambiente físico e social.” (GUTKIND, 1956, p. 1- 7).

A presente citação acima, que foi discutida permanentemente no século passado continua na pauta das pesquisas científicas abordadas em todas as ciências. Isto ocorre na medida em que o homem aprofunda o seu relacionamento com a natureza, distanciando-se das responsabilidades na exploração e sustentabilidade do Planeta Terra.

A natureza por outro lado responde de forma cada vez mais evidente e expressiva na reincidência de inúmeras doenças nas zonas tropicais, e em todo o mundo. Na atualidade, constatamos incidências nas chamadas doenças “emergentes” como a malária, a dengue, a cólera, a meningite e outras ligadas pela instabilidade climática provocadas pelo uso exacerbado da natureza, num aumento considerável de vetores para novas e velhas patologias que circundam a vida humana ⁸³.

83 “Julho de 1998 foi possivelmente o mês mais quente na história do mundo e 1998, como um todo, talvez tenha sido o ano mais quente”. Ondas de calor causaram devastação em muitas áreas do hemisfério norte. Em Eilat, em Israel, as temperaturas se elevaram a quase 46°C, enquanto o consumo de água no país se elevou em 40%. O Texas, nos Estados Unidos, experimentou temperaturas não inferiores a essa. Em todos os oito primeiros meses do ano a temperatura recorde para aquele mês foi superada. Pouco tempo depois, no entanto, em algumas das áreas afetadas pelas ondas de calor, nevou em lugares onde isso nunca ocorrera.

Serão alterações de temperatura como estes resultados da interferência humana no clima do planeta? Não podemos saber ao certo, mas temos de admitir a possibilidade de que seja como também o crescente número de furações, tufões e tempestades registradas nos últimos anos. Em

Apesar das experiências comprovadas ao longo da história humana, na qual todo saber, todo conhecimento sobre o mundo natural e sobre as coisas estarem condicionadas por contextos geográficos, ecológicos e culturais, na qual produz e reproduz na formação e construção do social, as práticas produtivas humanas continuam dependentes da natureza, assim, como técnicas e as formas de ações praticadas milenarmente combinado ao capitalismo⁸⁴ e consumismo interminável na medida em que o homem eleva a sua expectativa de vida no planeta.

conseqüência do desenvolvimento global, talvez tenhamos alterado o clima do mundo, além de ter danificado uma parte muito maior de nosso habitat terrestre. Não sabemos que outras mudanças virão, ou que perigos elas trarão em sua esteira.

Podemos compreender essas questões dizendo que elas estão ligadas a risco.” (GIDDENS, 2006, p. 31- 32).

84 Para Enrique Leff, “estas relações entre conhecimento teórico e os saberes práticos aceleram-se com o advento do capitalismo, com o surgimento da ciência moderna e da institucionalização da racionalidade econômica”. Com o modo de produção capitalista produz-se a articulação efetiva entre conhecimento científico e a produção de mercadorias por meio da tecnologia. O processo interno e expansivo da acumulação capitalista gera a necessidade de ampliar o âmbito natural que, como objetos de trabalhos, se apresentam ao mesmo tempo como objetos cognoscíveis.... Mas a ciência moderna não se constituiu como conseqüência direta da transformação da natureza em objetos de trabalho e de demanda crescente de conhecimentos tecnológicos. Está emergiu como resultados das transformações ideológicas vinculadas á dissolução do sistema feudal ao surgimento do capitalismo que estabeleceram um novo campo epistemológico para produção de conhecimentos: Copérnico deslocou a terra do centro do Universo; Descartes produziu o sujeito da ciência como princípio produtor, autoconsciente de todo o conhecimento..... Estas condições econômicas e ideológicas sobre o progresso das ciências e das técnicas não bastam para entender a emergência dos corpos teóricos mais importantes da ciência moderna, que conhecemos sob os nomes de Newton, Darwin, Ricardo, Marx. Freud ou Einstein... A emergência destas ciências e resultado de um longo esforço de produção teórica a partir dos saber herdado, para apreender teoricamente a materialidade do real; é, sobretudo o produto de uma luta teórica e política no campo do conhecimento para vencer os efeitos do encobrimento ideológico no qual são gerados saberes úteis para exploração do trabalho e para o exercício do poder das classes dominantes. Copérnico e Galileu debateram-se contra a teologia medieval; o conhecimento biológico teve de desfazer-se das concepções mecanicistas da vida; o saber marxista e freudiano teve de livrar-se das marcas de conceituações naturalistas e humanistas sobre a ordem histórica e simbólica”. (LEFF, 2001, p. 22-23)

Particularmente no âmbito da Epidemiologia e da Geografia ⁸⁵ tanto no século passado como no presente continuamos defrontando aos inúmeros questionamentos dos quais os cientistas já está respondendo:

Que alterações climáticas notadamente têm influenciado as novas e velhas patologias?

O quadro da saúde/doença no mundo teria apresentado alterações endêmicas e epidêmicas ao longo do último século?

Como controlar as novas dinâmicas espaciais – temporais das doenças reincidente-emergentes, nas atuais condições climáticas, onde vetores, hospedeiros, transmissores e outros agentes do processo obtêm receptividade na vulnerabilidade climática para desenvolverem?

Segundo Mendonça: ⁸⁶ temos que buscar o desenvolvimento próprio na bioclimatologia humana/climatopatologia de novas bases de conhecimento sobre fenômenos manifestados na dinâmica atmosférica do mundo contemporâneo onde, “doenças tropicais”: o clima e a saúde coletiva não podem estar separados dos fatores geográficos, físicos e humanos, tais como relevo, clima, vegetação, fauna, população, habitação rural e urbana, migração e outros. De qualquer forma, temos que estabelecer uma ponte entre a epidemiologia e a geografia e enfatizarmos a importância dos estudos da Geografia da Saúde na compreensão das patologias infecciosas em geral e particularmente as parasitárias, com destaque para as doenças que possuem um reservatório na natureza (malária), e um vetor biológico que hospeda temporariamente no homem.

85 A denominação “particular” não determina o isolamento destas ciências, pois, sabemos da necessidade da interdisciplinaridade. Ocorre que ideologicamente, cada uma delas trabalham múltiplas correntes de seus pensadores, buscando uma epistemologia no avanço das ciências.

86 “A busca a resposta para estes tipos questionamento, constitui, por si só, expressiva motivação ao desenvolvimento de estudos no campo da bioclimatologia humana/ climatopatologia; é nesta perspectiva que um grupo de pesquisadores tem se debruçado á investigação no ultimo ano sob sua coordenação. Muito mais que o próprio desenvolvimento da geografia/climatologia médica ou da saúde como campo do conhecimento, objetiva – se contribuir de forma direta para o equacionamento de problemas que afligem a sociedade contemporânea”.

MENDONÇA, F. A. Aspectos da Interação Clima – Ambiente Saúde Humana: da relação sociedade – natureza á (in) sustentabilidade ambiental. Revista. RA' EGA. Nº 4, p.99. Curitiba: Editora UFPR, 2000.

Nestas circunstâncias, além de considerarmos a avassaladora produção (matéria-prima), tanto o reino de Benguela quanto de Angola, não escapariam da dominação ideológica e capitalista da ciência moderna, já que desde o princípio da constituição territorial de ambos, suas características geográficas favoreceram uma apropriação, uso e destruição ambiental. Além destes fatores considerados favoráveis (ao colonizador), ainda receberiam o estereótipo de propagadores das “doenças tropicais”⁸⁷. Este estereótipo, com o passar do tempo, configurou-se na concretude das várias atividades médicas no combate destas doenças.

Em Portugal, foi criado o Instituto de Doenças Tropicais, que hoje faz parte do complexo hospitalar Egas Moniz. Neste local pode ser encontrada uma vasta literatura dos estudos médicos da malária e outras doenças comuns na África e América do Sul (Brasil). No entanto, o termo usado para caracterizar o reino de Benguela como um “açougue humano”, advém desta relação de superioridade ideológica sobre os trópicos, seu clima⁸⁸ e relevo foram preponderantes nessa rotulação. Ver Tabela nº 15.

87 “Sobre a conceituação de “doença tropical”: são muitas as relações entre clima e a saúde”. Uma das formas mais tradicionais de abordar a questão é quanto às denominadas “doenças tropicais”. Este termo é controverso, pois diferentes critérios vêm sendo utilizados para definir o que são as doenças tropicais. Levantasse a questão climática, valorizando os aspectos do ambiente como temperatura e umidade, e a questão socioeconômica, como sendo o que decorre das condições de subdesenvolvimento. Uma terceira posição procura reunir os dois critérios, valorizando os aspectos geográficos regionais, como sendo o que ocorre em países que ocupam a faixa intertropical da terra, abrangendo tanto as doenças cuja ocorrência depende de certas condições climáticas como aquelas ligadas á pobreza e á deficiência da infra-estrutura de saneamento e de atendimento á saúde. Originalmente, o termo “doenças tropicais” foi utilizado para se referir as doenças dos trópicos úmidos, valorizando os aspectos climáticos, mas também criando muitos preconceitos contra zona tropical. Colonizadores europeus procuravam passar o verão nas “serras” da América tropical,... ou nos mais elevadas dos planaltos da África tropical, para fugir do calor e das doenças. No Brasil, o imperador instalava-se em Petrópolis durante o verão. (FERREIRA, M.E.M. C, 2003, p. 180)

88 Max Sorre pesquisou a interação entre o meio e a saúde humana no século passado, daí o surgimento da Teoria do Complexo Patogênico, ou dos “Complexos Patogênicos”, onde o organismo humano é influenciado por patologias desenvolvidas no meio natural. Sua Teoria condiz com a Geografia Regional e imperialista francesa, que contribuiu para uma Geografia Médica imposta pelos colonizadores, em ação atualmente na República de Angola.

TABELA 15 - CLIMA E A OCORRÊNCIA DE DOENÇAS

Elementos climáticos	Condições Limitantes	Manifestações fisiológicas
Altitude (Pressão Atmosférica)	Limite Maximo : 8.000m	-Mal-das montanhas (dor de cabeça, fadiga, alteração sensorial, depressão intelectual, indiferença, sono, descordenação de movimento, perda da memória). - Redução das faculdades físicas e mentais. - Tristeza, apatia.
Radiação (Associada Luminosidade)	60° e 70° Latitude	- Alta radiação / luminosidade: esgotamento nervoso, perturbações mentais, irritação, síndrome físico-psíquica "golpe de sol" (sunstroke) euforia. - Baixa radiação deficiências orgânicas, raquitismo, depressão, debilidade mental.
Higrotermia	Limite Variável. Ótimo Fisiológico para raça branca: 15° - 16° C/60%UR	- Diminuição da capacidade respiratória (para europeus nos trópicos). - Hiperpneia térmica (entre os negros). - cansaço e esgotamento (brancos)
Vento e Eletricidade Atmosférica		- Morbidez, cansaço e abatimento, hipersensibilidade, irritabilidade. - Desidratação, dessecação do aparelho tegumentar. - Excitação nervosa, alucinação, delírio. - Palpitações, dispnéia, dores de cabeça.

Fonte: (SORRE, 1984 p. 42)

A província apresenta uma complexa combinação de planaltos escalonados, cortados por vales e rios, completados com depósitos sedimentares com potencialidades diferentes no processo de acumulação dos rios intermitentes que circundam toda a província.

Nos períodos das chuvas, os rios e vales secos acumulam um volume de água considerável capaz de revitalizar as savanas, que durante boa parte do ano permanecem secas.

A flora e a fauna de Benguela, desde 1615, na ocupação territorial, vêm sendo transformadas em matéria prima até atualidade, numa combinação entre urbanização⁸⁹ (elemento da transformação ambiental) e políticas desenvolvimentistas do século XXI.

A Província em 500 (quinhentos) anos de ocupação sofreu todo o tipo de impactos ambientais, além dos naturais. Em 1615, no início da sua fundação, foram os pumbeiros⁹⁰ responsáveis por grandes destruições de aldeias inteiras, não só no reino de Angola, mas também no reino de Benguela. A maioria destas populações escravas era transferida como cargas humanas a preços de ouro em direção as plantações da monocultura da cana de açúcar, mais tarde a mineração e finalizando na cafeicultura no século XIX em terras brasileiras.

O impacto nas populações humanas foi tão grande que as epidemias vigentes na Europa passaram a fazer parte da população negra, com destaque para o (DST)⁹¹, pois mitos portugueses relacionavam-se sexualmente com as negras em

89 “A velocidade do processo de urbanização pode ser considerada um dos elementos de maior importância para a transformação e até mesmo para a degradação ambiental, tornando-se fundamental na geração de impactos, ainda que se considere a urbanização como motora das inovações e onde o dinamismo da globalização em curso se realiza”.

A ocupação do solo e a escala na qual a cidade se constroem, em velocidade incompatível com o processo natural provocam uma interferência abrupta, reduzindo as condições de renovabilidade e impedindo que a natureza consiga absorver, biologicamente, tais modificações. E, mesmo que os limites ambientais não tenham sido rompidos, tais mudanças impactam não apenas o meio natural como também produz alterações na qualidade de vida das populações locais. “Assim, podemos afirmar que tais transformações ocorrem numa razão inversamente proporcional á capacidade de renovação dos ecossistemas naturais” (MELLO, 1993, p. 24).

90 “O termo pumbeiros é o mesmo que pombeiros: agentes na sua maioria formados por mestiços. Os pombeiros trabalhavam com conta dos grandes chefes, sobas ou militares portugueses. Durante um ou dois anos, internavam - se no interior de Angola, trocavam escravos por tecidos, vinho e objetos de quinquilharias, voltando com centenas de negros, homens e mulheres acorrentadas. Este tráfico tinha o nome de “Guerra Preta” porque arrancavam sempre por meios violentos os negros das aldeias” (MANOEL, 1999, p. 9).

91 DST (Doenças sexualmente transmissíveis), neste primeiro impacto entre europeus e negros as doenças mais comuns eram: a sífilis e a blenorragia, mais tarde, no Brasil colonial, as senhoras dos coronéis diziam que tais doenças eram típicas dos negros em virtude das

áreas de embarque ou desembarque dos escravos, além das senzalas. As doenças proliferaram de forma incontrolável em todo o reino. Quando Benguela inicia um declínio de aprisionamento de escravos, chega-se então o comércio do marfim, nesta prática, o descontrole do ecossistema foi maior em função da cadeia alimentar, responsável pela retro alimentação da fauna de flora. Tal prática prolongou-se por muito tempo, já que os ingleses em conflito diplomático com os portugueses não permitiam as cargas humanas de escravos pelo Atlântico. Tais modelos de exploração tornaram frágeis todo o bioma de Benguela, facilitando muitas doenças em seu território, nem mesmo os exploradores suportavam as patologias emergentes, apesar de terem conhecimento das características geomorfológicas e climáticas do lugar.

A agressão aos agentes biológicos, químicos e físicos, sempre favoreceu em Benguela os hospedeiros da malária, pois fatores como: sexo, idade, condição socioeconômica, ocupação do interior, raça europeia e outros fatores, foram preponderantes na fixação do paludismo ⁹². Sem contar que o sítio da ocupação de Benguela sempre foi favorável ao desenvolvimento dos vetores da malária, pois do ponto de vista geomorfológico a província ocupa uma faixa do litoral que variam entre 30 a 80 km de extensão, bem na proximidade do oceano Atlântico com depressões litorâneas e solos férteis aluviais e aluviais marinhos inundados em boa parte do ano causados por fortes chuvas de dezembro a abril. A pluviosidade sazonal, as ações antrópicas, o saneamento precário, as águas paradas em Benguela faz do lugar uma grande vulnerabilidade com receptividade, assim, os

promiscuidades sexuais por parte deles nas senzalas. Ocorre, que foram os europeus que primeiramente contaminou boa parte da população da África em seus contactos de colonização.

⁹² Segundo os Biólogos da FSP/USP, Delsio Natal, Carmem Beatriz e Júlio César Rosa: “o clima: variações anuais de temperatura podem ter influencia sobre várias doenças. Praticamente todas aquelas que são transmitidas por vetores têm nos períodos mais quentes do ano o favorecimento da transmissão. Insetos como mosquitos e moscas proliferam – se mais intensamente em temperaturas altas quando aumentam suas densidades. Agentes patogênicos são transmitidos com mais facilidade, por causa da maior freqüência de contatos desses vetores com o homem ou com seu alimento. Muitos agentes infecciosos de transmissão respiratório, como vírus e bactérias, têm sua veiculação aumentado no inverno. A temperatura mais baixa altera o comportamento humano. Vive se mais confinado e pessoas doentes eliminam os agentes principalmente na tosse ou no espirro” (Epidemiologia Aplicada à Educação Ambiental, 2005, p. 99).

agentes biológicos resistentes aos rigores ambientais sobrevivem por meses nessas condições. Águas paradas e contaminadas, quando abastecem a população levam riscos de diversas enfermidades como ocorrem em Benguela nas doenças Diarréicas, Cólera, Leptospirose e no Paludismo.

Nestas condições, a topografia de Benguela possui uma outra ajuda, já que na mesma faixa do litoral aparecem fortes declives onde situam as povoações do Lobito e Catumbela, com destaque para os vales do Cavaco e Balombo, cortados por rios perenes durante todo o ano e um volume de água respeitável. Esta população aproveitou-se da fertilidade destes vales e ao longo deles praticam a agricultura intensiva e extensiva⁹³ de vários produtos agrícolas. Se de um lado, o clima e o alto índice pluviométrico favoreceram às patologias, na faixa leste do Atlântico, temos colinas e montanhas que variam entre 800 a 1200 metros de altitude ou acima do nível do mar, ali, percebemos que o Paludismo não avança com força total em função da altitude, porém, com a guerra civil, percebemos que os vetores da malária, também chegaram às altitudes levando muito paludismos para aquelas cidades e lugares, onde no tempo colonial eram lugares tranquilos e longe de doenças tropicais, o destaque era a cidade de Huambo, a Nova Lisboa dos portugueses radicalizados em Angola. Ao sair da planície benguelense e atingir o planalto com colinas como: Vlombo (2.148m), Chivanda (1.894) e o Chimboa, o pico mais elevado com 2.286, juntamente com o Moco (2.610), de altitude, fazem do leste de Benguela, a área mais alta da República Angola, áreas até então protegidas do paludismo, mas com a guerra civil, tornaram-se epidêmicas, cabendo aos vetores uma adaptação fantástica nas altitudes. Com relação à parte oeste da província, ou a faixa oeste do litoral, ela foi sempre muito seca com temperaturas elevadas e precipitações anuais de 1000 mm até 600 mm anuais. A temperatura média anual é de 23 a 24 graus, sendo a média máxima mensal de 30 graus e a mínima de 16 graus Celsius. As baixíssimas taxas de pluviosidade de até 600 mm anuais

⁹³ Ao longo do Vale do Rio Cavaco, a agricultura intensiva e extensiva sempre foi uma prática desde os tempos coloniais, nele cultivava – se alimentos básicos como: cebola, tomate, banana, manga, repolho, milho, arroz, batata rena, cana de açúcar em diferentes épocas do ano. No vale do Cavaco, a água aflora do solo com muita riqueza mineral. Diz a lenda “quem tomar água do Cavaco, nunca mais deixara Benguela”.

sinalizam na porção oeste e central da província uma forte desertificação que avança em direção das habitações e aos vilarejos.

A evidência está nas áreas frontais da Baía Farta⁹⁴, nas praias da Baía Azul, Caota, Caotinha, Santo Antonio até ao Bairro dos Navegantes em outrora uma farta área de salinas que foram abandonadas em função da ocupação urbana. Caminhar ao longo dos bairros de Benguela, já influenciado pelo processo de desertificação, é perceber na prática o microclima determinado pelas mudanças climáticas. Ocorre que as altas temperaturas, facilitam a reprodução dos mosquitos geralmente a partir das 18 horas, as quais as populações geralmente deslocam-se para casa, após seus negócios. Por outro lado, em função das altas temperaturas, uma boa parte do território, drenado por três bacias hidrográficas como a do rio Cubal da Hanha, do rio Catumbela e Coporolo, que definem vales importantes na faixa litorânea, começam a sofrer com a falta de água, onde alguns lugares, os rios tornam-se intermitentes, prejudicando uma parcela considerável das populações ribeirinhas.

A única compensação é a corrente oceânica fria de Benguela capaz de amenizar a temperatura durante todo o ano. Com relação à vegetação, a mesma sofre com os efeitos da diminuição da pluviosidade, já que na medida em que caminhamos para o interior, na zona oriental com formações planálticas temos a presença de uma floresta aberta com savanas medianamente arborizada. Recentemente, com o avanço das desertificações do sul para o norte, nas zonas do

⁹⁴ “A Baía Farta”, é uma região de pesca cerca de 20 km da capital da província, ou seja, cidade de Benguela, nesta região constata-se uma evolução permanente de desertificação, onde boa parte da vila está em processo de desaparecimento devido à formação das dunas com ventos que sopram incessantemente na direção das casas dos pescadores. Em 1997, a pesquisa do processo de desertificação da Baía Farta, responsabilizava o caos pela destruição da vegetação (palmeiras), plantadas para não permitir ventos na direção da vila, porém, na atualidade, sabemos que não era somente este problema, mas sim, um conjunto de ações ligadas à forma de ocupação humanas associadas ao aumento da expansão térmica dos oceanos e ao degelo das geleiras. Este fenômeno passou a ser mais bem entendido no século XXI, com degelo das geleiras em modelos simplificados, utilizados nos estudos do IPCC (Painel Intergovernamental sobre as Mudanças Climáticas), criado em 1988 por iniciativa da OMM

(Organização Meteorológica Mundial), “e que indicam aumentos de cerca de 6 cm/ década, correspondendo à cerca de 20 cm no ano 2030 e cerca de 65 cm no fim do próximo século” (MASSAMBANI, 1992, p. 47).

litoral tem se acentuado, potencialmente o abate das florestas para o uso de combustível lenhoso sem devida recomposição ou reflorestamento das áreas.

Tal fenômeno ajuda na destruição da Baía Farta os ventos chegam a ter 30 (trinta) km/hora, acompanhados por areais intensos. Na medida em as riquezas das savanas são destruídas as alterações climáticas evoluem dificultando a renovação dos solos para as chuvas das estações seguintes, quebrando toda uma cadeia de alimentos influenciando até as atividades pesqueiras da Baía Farta, já que a mesma, não apresenta na atualidade as quantidades de peixes como no passado. No entanto, as complexidades climáticas, ambientais em Benguela, colaboram na intensidade do complexo patogênico da malária. Na República de Angola, existe uma grande crise na gestão dos espaços naturais e antrópicos, que culminam em:

Sistemas de planejamento estáticos, centralizados e setoriais;

Técnicos mal preparados para trabalhar com questões complexas que envolvem aspectos ambientais;

Baixa participação da comunidade no processo de gestão;

Descontinuidade das ações do poder provincial, municipal e comunal.

Desta forma, temos que repensar todo o sistema de gestão ambiental para que os efeitos na saúde sejam amenizados e nunca desassociados da participação social como ocorrem na atualidade ⁹⁵. A inserção de tais normas ou a sua utilização

⁹⁵ Para Manoel, ("Gestão Ambiental Municipal", 2003 p. 268 – 269): em Angola é preciso urgentemente ativar e cumprir os vários instrumentos legais de planejamento, inseridos ou não em Normas Federais: Plano Diretor, Lei de Diretrizes e Orçamentárias, Lei Orgânica dos Municípios, Lei de Parcelamento do Solo, Lei de Ocupação do Solo, Estatuto da Cidade dentre outros. No caso do plano diretor, o mesmo deve ser aprovado por lei municipal com o objetivo de configurar a função social da propriedade urbana, ou seja, promover o desenvolvimento urbano. Nesse sentido, se evita, por exemplo, a ocupação de áreas não suficientemente equipadas, a retenção especulativa de imóveis, preservação do patrimônio cultural e ambiental para evitar os impactos ambientais nas comunidades. Com a Lei de Uso e ocupação do Solo, poderemos ter toda uma regulamentação na utilização do solo em todo território municipal, que é de interesse exclusivo do município por tratar de matéria de aptidão local. A Lei de Uso e Ocupação do Solo pode ser considerada um importante instrumento de proteção ambiental, pois por meio da ordenação do solo, cada município pode garantir condições adequadas para evitar a degradação do meio ambiente, bem como definir os locais onde se permitirá a expansão urbana. A Lei do Parcelamento do Solo permite orientar a expansão urbana, adequando às necessidades locais, além de controlar os novos loteamentos e desmembramentos localizados em áreas de interesse especial, como patrimônio cultural, histórico, paisagístico e

precisa em termos de gestão municipal poderá facilitar em muito as operações de vigilância sanitária e epidemiológica em todos os municípios, trazendo desta forma um custo menor para o setor da saúde nas comunidades locais. O primeiro passo recai sobre eleições diretas em todos os escalões (federal, provincial, municipal e comunal), isto deve ocorrer brevemente, na medida em que o país estabiliza e democratiza concretamente suas instituições políticas, econômicas e sociais, representadas pelos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

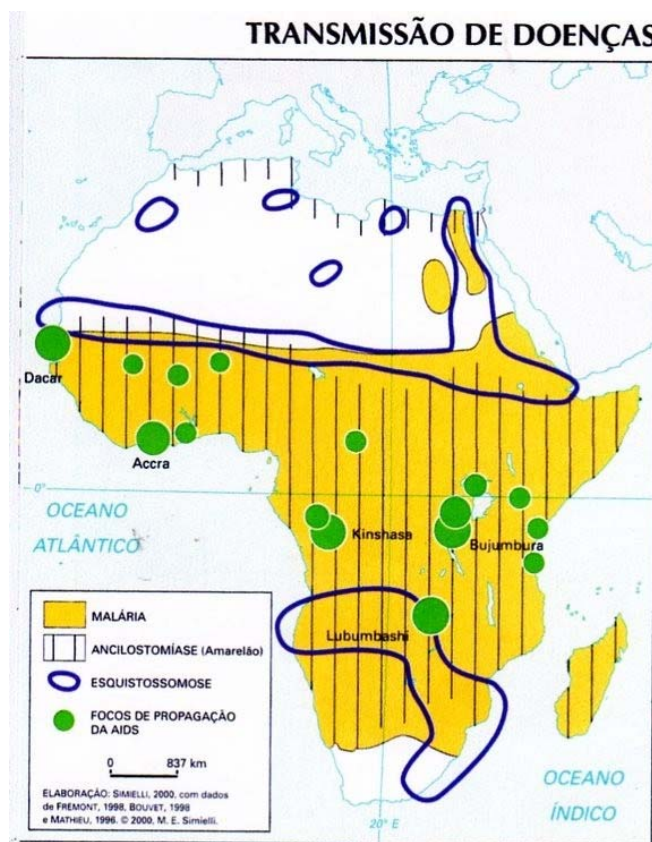
O avanço de tais medidas passa por mediações desde o poder central ao poder local, isto implica em perdas e ganhos em todos os setores tradicionais ou não, porém, acima de tudo, esta melhoria da saúde ambiental não só da província de Benguela, mas de toda República de Angola.

As implicações da malária nos processos produtivos humanos tornam toda sociedade vulnerável aos embates epidemiológicos. As relações do complexo patogênico da malária permanecem no cotidiano das comunidades, porém sua forma de combate não condiz com as novas realidades e as tecnologias compatíveis do século XXI, no qual o planejamento, a gestão urbana são armas que colaboram no enfrentamento dos problemas.

O combate da malária, sobre conhecimentos seculares, ou seja, aguardando os avanços epidemiológicos em nenhum momento reduzirá os avanços geopatológicos da malária, com implicações e extensões do caos climático que afeta todo o planeta Terra, com dimensões locais catastróficas nas comunidades, alterando todo o ecossistema e biomas, trazendo novas e conhecidas endemias e epidemias, jamais poderá deixar de ser considerada principalmente em Angola como uma ameaça constante a saúde ambiental das comunidades. Ver Mapa temático: 07

arqueológico. Na Lei Orgânica dos Municípios têm um caráter eminentemente organizador do governo local e dispõem sobre a estrutura, funcionamento e atribuições dos poderes Executivo e Legislativo; a organização e o planejamento municipal; o processo legislativo e a participação da população; os bens e serviços locais; os princípios norteadores das matérias de interesse local, como saúde, saneamento, transportes, educação, uso e ocupação do solo urbano, plano diretor entre outros poderão dar aos municípios angolanos uma melhor qualidade de vida. Agora, para garantir um bom Plano Diretor, cada município deverá estar amarrado ao Estatuto da Cidade, nele estarão constituídos importantes instrumentos urbanísticos, tributários e jurídicos na efetivação e estabelecimento da política urbana na esfera municipal e pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e da propriedade urbana em toda Angola”.

MAPA 05: TRANSMISSÃO DA MALÁRIA E OUTRAS PATOLOGIAS NO CONTINENTE AFRICANO



Fonte: (SIMIELLI, 2007, p. 75)

Malária, meio ambiente e clima⁹⁶ no entanto não são elementos ponderados e analisados no avanço e manutenção do paludismo em Benguela desde a sua formação.

96 Segundo Ferreira, no seu Artigo “Doenças Tropicais”: o clima e a saúde coletiva. Alterações climáticas e a ocorrência de Malária na área de influencia do Reservatório de Itaipu, PR. A autora entende que as “Doenças Tropicais”: o clima e a saúde coletiva devem abordar fatores geográficos físicos e humanos, tais como o relevo, clima, vegetação, fauna, população, habitação rural e urbana, migração e outros. De qualquer forma estabelecer uma ponte entre Epidemiologia e a Geografia e enfatizar a importância dos estudos geográficos para compreensão das patologias infecciosas em geral e particularmente as parasitárias, com destaque para as doenças que possuem um reservatório na natureza e vetores biológico que se hospedam temporariamente os agentes infectantes. E que nos estudos das relações entre clima e a saúde, a corrente natural arrola como associadas à tropicalidade climática as doenças parasitárias transmitidas por vetores como a malária, a febre amarela, a leishmaniose tegumentar americana, a esquistossomose, a filariose, as arboviroses e as febres hemorrágicas, incluindo, mais recentemente, a dengue. Também algumas doenças bacterianas,

territorial em 1615, mas que colaboram efetivamente na complexidade patogênica da doença.

Nos países pobres do mundo, e principalmente na República de Angola, notadamente Benguela, Lobito e Comuna da Catumbela, além de várias províncias, tais condições favoráveis ao desenvolvimento de patologias, principalmente da malária, tem como principal vulnerabilidade o saneamento básico e a assistência médica insuficiente. Quanto ao saneamento, este colabora definitivamente nas péssimas condições da saúde ambiental das populações, aliadas aos impactos ambientais, climáticas locais e globais do planeta. O clima, as patologias, as ocupações urbanas irregulares, a ausência de uma educação sanitária e ambiental permanente levam para as províncias um caos sanitário-ambiental de receptividade aos vetores dos mosquitos hospedeiros da malária e outros anófoles. Desta forma, não podemos descartar todas as incidências da malária no conjunto das disparidades climáticas e ambientais, facilitadores de todas as ocorrências discutidas ao longo do complexo patogênico da malária nas cidades de Benguela, Lobito e Comuna da Catumbela, onde o clima, o relevo, a hidrografia, biogeografia, a pedologia, traçam um perfil das complexidades na província.

como as salmoneloses e a shigelose, aparecem associadas à deterioração de alimentos devido ao calor, embora envolva aspectos sanitários.

Já o critério que associa as “doenças tropicais” aos problemas decorrentes da pobreza, do atraso social, das deficiências no atendimento à saúde e de outras condições ambientais que não o clima, isto é, enfatizando principalmente os aspectos do saneamento ambiental e de assistência social, amplia o escopo das ditas “tropicais”. É assim que passaram a ser associadas às trópicas doenças parasitárias como amebíase, as helmintíases, as protozooses intestinais e a cólera, todas elas decorrentes da falta de saneamento básico, além de outras relacionadas à precariedade das habitações e a rusticidade do modo de vida, envolvendo as más condições do espaço habitado e a exposição aos agentes etiológicos devido à pobreza. Assim, somam-se as doenças acima, que, diga-se de passagem, não são exclusivas dos trópicos, a tripanossomíase, a toxoplasmose, a hanseníase, a tuberculose, a peste, as rickettsioses, a leptospirose, as anemias nutricionais e as micoses, dentre outros males associadas às más condições de vida e as situações de risco ambiental e social. Até a SIDA/AIDS, na sua origem, foi atribuída ao ambiente intertropical florestal africano. Nem é preciso dizer que a maior parte dessas doenças não está associada exclusivamente às qualidades dos meios climáticos tropicais, apenas agravando nos países trópicos devido às condições de subdesenvolvimento. Este é o caso da Malária.

FOTO 09: A COMUNIDADE AGUARDANDO INAUGURAÇÃO DE UM FONTANÁRIO NUM BAIRRO PRÓXIMO DOS ESTALEIROS DE LAJES EM BENGUELA



Fonte: (MANOEL, V., 1997)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investigar Malária na República de Angola, não é uma tarefa de um especialista, mas, de toda comunidade científica que aceita desafios holísticos e interdisciplinares.

Ao longo da discussão verbalizada, busco incessantemente reflexões tangenciadas nas Ciências Sociais, ou seja, na Antropologia, na Geografia, na Sociologia, além das Ciências Biológicas, principal gênese de sistematização para as ciências sociais entre os séculos XVII ao XIX, através das teorias do evolucionismo.

Caminhar pelos meandros do Complexo Patogênico da Malária, nas cidades de Benguela, Lobito e Comuna da Catumbela, num estudo de Geografia Médica maxsoreana aplicada, entre 1615 e 1940, exigiu uma dura reflexão até conseguir traçar um caminho de responsabilidade, a fim de repensar a Geografia Médica regionalizada da Malária, na jovem República de Angola.

Caminho este, que deve ser planejado e executado a curto, médio e longo prazo, e não mais focado no imediatismo das endemias e epidemias que assolam o país, desde a sua ocupação: - estou permeando uma nova Geografia da Saúde para todo o território de Angola.

Quando um cidadão angolano morre através da picada do mosquito transmissor da Malária, por não ter a possibilidade de pagar aproximadamente três dólares, que é o valor da aquisição do medicamento (“cloroquina”), este fato nos remete a um questionamento de todo um programa, não apenas médico, sanitário-ambiental, mas, principalmente social. Portanto, podemos concluir que o Completo Patogênico envolve múltiplas interpretações, não sendo apenas relação entre a doença, o meio natural e o homem.

De 1995 a 1997, eu tive oportunidade de residir em Angola, onde fui Voluntário das Nações Unidas, no Projeto de Reabilitação Urbana e Ambiental de Lobito, Benguela e Comuna da Catumbela. Durante este período observei os entraves da difícil problemática do saneamento básico, da qualidade de vida do país, que são resultados históricos, acumulativos que assolaram o país da sua ocupação, até longo período de guerra civil que assolou o país na contemporaneidade.

A Malária sempre foi um desafio na história do desenvolvimento social e econômico de Angola. No campo antropológico-cultural, há situações que sempre e despertou minha atenção, uma delas era o fenômeno no qual cada cidadão angolano conviveu e convive há séculos com a patologia da Malária. Como Geógrafo e pesquisador que busca especialmente conhecer as dinâmicas sociais do lócus concebido de forma original ou por forças contraditórias, no tempo histórico das sociedades, resolvi então, investigar profundamente tais fenômenos, para os quais parafraseei o Sociólogo e Geógrafo francês Max Sorre: “Complexo Patogênico da Malária”.

Vejamos alguns dados nada comuns em endemias ou epidemias muito menos nas comunidades de Angola, que encaram o Paludismo com uma tranqüilidade sendo esta uma doença gravíssima sob o ponto de vista da morbidade que assegura mortalidade dizimadora na população.

Dessa forma, a contradição em Angola se faz presente. Pois, apesar da Malária ser considerada uma patologia grave no ser humano, impedindo o mesmo de produzir durante vários dias, durante o ano, em Angola, desde os primórdios da sua organização territorial, a mesma sempre foi observada e diagnosticada localmente (primeiramente pelo povo e depois pelas autoridades sanitárias), nunca na sua totalidade ou gravidade.

Os ocupantes do território, apesar de terem conhecimento da doença desde os primórdios da civilização, agiam na contradição da patologia. Acreditavam que tudo aquilo fazia parte da cultura indígena daqueles povos não civilizados, e, de acordo com o processo civilizatório que seria imposto pelos conquistadores, a higienização aconteceria naturalmente por assimilação.

Assim, passaram-se muitos séculos, sendo que de 1614 até 1940, a Malária sempre foi observada como fazendo parte de problemas regionais. Nos anos 1950, 1960 e 1970, ou seja, no período pós-independência, não houve significantes alterações na Geografia Médica da Malária em Angola. Então, a impressão que permanece, é que a Malária não oferecia uma situação de risco epidêmico na sociedade. Portanto, não havia motivos para alardes por parte daqueles responsáveis pela Saúde Pública (o Estado), e seus staffs, que possuem o dever administrativo de manter uma vigilância da saúde pública em todo o território, pois saúde populacional é questão de segurança social, política, interna e externa.

Entendo que a situação de risco acelerou nos últimos anos, pois, a população aumentou significativamente desde os tempos do império de Angola e Benguela. Afinal, este fato é notório na distribuição espacial da mesma. Todavia, o final da guerra civil e as novas acomodações urbanas nas cidades angolanas, levaram um risco vertical das epidemias não só de Malária, mas de outras doenças que são reproduzidas por vetores, que se proliferam através da ausência de saneamento básico, como é o caso além da Malária, da Cólera, etc.

Os dados da Malária crônica em Angola na atualidade são aterrorizantes para qualquer sistema público de saúde, não havendo muitas perspectivas a curto, médio e a até mesmo em longo prazo para inversão do fenômeno.

Em 27 de abril de 2006, o Primeiro Ministro relatou no Congresso os números assustadores da Malária (pode haver contradições, pois Angola não tem um sistema de vigilância sanitária capaz de responder a demanda da Malária, e durante investigação podemos concluir que o país nunca teve nenhuma política de saúde pública para o combate à Malária). Primeiro, pelo fato dos imigrantes procurarem o território para se livrar da pena instituída pelo Estado português. Segundo, quando ocorreu abolição das penas, a crise econômica em Portugal obrigou os mesmos permanecerem em Angola, constituir famílias e tirar da terra o seu sustento. Logo, havia poucos motivos para importar-se com as doenças endêmico-epidêmicas que deram origem ao nome popular no reino de Benguela, conhecida como: “açougue (talho) humano”.

Apesar de decorridos séculos, muitos angolanos ainda se automedicam, sendo muitas vezes traídos pelo autodiagnóstico da Malária. Acreditam ou “acham” que estão com os sintomas da Malária e não procuram os médicos ou hospitais responsáveis pelo diagnóstico, e tratamento. Este fato contribui na manutenção da alta taxa de mortalidade e também alto índice de incidência da doença. No caso do cidadão procurar o atendimento adequado, também não ira encontrar solução, pois, o Estado não atende à demanda da população, e neste caso não haverá atendimento médico muito menos o seu tratamento. O caos está implantado.

O Ministério da Saúde angolano afirma existir muitos laboratórios clandestinos (sem fiscalização) em todo o país e que funcionam sob o comando de pessoas sem habilitação na Biomedicina. Apesar da teoria do complexo patogênico da Malária surgir no início do século XX e a Geografia Médica Imperial no século XIX, na chamada corrida pela partilha da África, inicio minha análise sob o ponto de

vista primeiramente histórica e antropológica e relaciono estas práticas, entre o século XV no reino de Benguela, Angola e mais tarde no Lobito e Vila da Catumbela.

Desta forma, o estudo do complexo patogênico maxsoreano, mostra que tais evidências ao longo da pesquisa ficam implícitas no trabalho das políticas médicas imperiais lastreadas por estatísticas dos médicos do século XIX.

Retomar tais estruturas permitiu repensar a sistematização da Geografia, enquanto sucessora teórica e metodológica da Antropogeografia, de Frederich Ratzel e da Geografia Médica, de Max Sorre na sua contribuição para uma Medicina Ontológica (ocidental). Assim, substituindo ideologicamente todos os conhecimentos médicos dos povos (denominados pelos europeus de indígenas), e contribuir também para a reflexão: até que ponto, tal contribuição fora fundamental para os serviços imperialistas nos reinos de Benguela e Angola?

No entanto, a Geografia Médica maxsoreana, nos diz respeito ao seu aplicativo, sempre esteve presente em Angola, no século XVII pelo enfrentamento das condições adversas encontradas pelos primeiros europeus em processo de adaptação biológica, climática, marcado pelo forte calor na faixa litorânea.

A baixa dos grupos marcados por inúmeras doenças, entre elas o Paludismo, a insalubridade e o meio ambiente hostil, marcaram o princípio de dificuldades aos primeiros aventureiros, nos reinos de Angola e Benguela. Apesar das dificuldades seculares, o quadro epidemiológico no país não sofreu alterações entre o século XVII ao XXI, o que fica claro nas políticas de saúde pública da atualidade.

Devemos considerar uma série de entraves em momentos históricos diferenciados que vão desde a ocupação territorial do século XV, re-ocupação do século XIX, até as políticas de afirmação hegemônica de Salazar nos anos 40 no século XX.

No século XX, numa retrospectiva histórica, o reforço das epidemiologias no país foi evidenciado nos longos anos de guerra civil, onde foi abandonada qualquer política de saúde pública, pior foi ausência total de saneamento básico, nesta fase, privilegiou-se um capitalismo de guerra. O ocidente, o mentor da guerra fria, usou o território angolano para manutenção de um status-quo entre OTAN (Organização do Tratado do Atlântico Norte) e Pacto de Varsóvia. O alinhamento entre um e outro se transformou num confronto interno entre os angolanos, levando o país a uma epidemiologia social entre o século XX e XXI.

Neste conflito, foram perdidos cerca de quarenta bilhões de dólares, este dinheiro era suficiente para levar o país a ter o melhor padrão de vida rural e urbano em pé de igualdade com os países mais desenvolvidos do mundo, já que possuem recursos minerais, hidrológicos, pedológicos privilegiados no continente.

No entanto, a perda destes valores e o endividamento externo do país levaram destruição do sonho de uma sociedade mais justa por todas as gerações atingidas pela guerra, transformando o seu território num centro epidêmico social, com problemas de várias ordens e escalas.

O número impressiona entre 1975 e 1993, Angola já havia perdido 990.000 (novecentos e noventa mil) civis, além de, cerca de 70.000 (setenta mil), mutilados, 1.100.000 (um milhão e cem mil) exilados e 100.000 (cem mil) crianças órfãs e abandonadas. Enfim, números que se ficassem de fora do conflito, representariam mais saúde, educação, transporte, saneamento básico, habitação e previdência social para os trabalhadores e o povo. Os angolanos estariam numa situação epidemiológica equilibrada, sem dívidas contraídas pelos gastos que o Estado fez no esforço de guerra.

Sem, adequados investimentos, tivemos o avanço do homem do campo para as cidades, sendo que os mesmos não estavam preparados para receberem tanta demanda populacional. No contexto, todo o sistema de infra-estrutura urbano-ambiental sucumbiu levando massas urbanas e rurais à vulnerabilidade de várias epidemias, associadas à fome, tornando um quadro quase irreversível de profundidades catastróficas. Sendo que quase totalidade do PIB foi investida na aquisição de modernos armamentos produzidos no ocidente capitalista ou no sistema socialista.

Além guerra civil, o Estado Angolano, teve que fazer dolorosa transição entre um socialismo centralizado para uma economia de mercado, sacrificando a nação e tornando muitas regiões em áreas de intensos combates, em situação famélica ou fome total, por doações emergentes do Programa de Alimentação Mundial (PAME).

Perante tão grande desafio, de ordenar o país, combater a miserabilidade e controlar as epidemias sociais, com recursos escassos, e ainda democratizar o país o seu maior desafio no século XXI é diminuir sua epidemiologia social.

Considerando este gigantesco desafio na restituição de parte da qualidade de vida para o seu povo, existe o caminho da paz e da democracia na possibilidade em que a justiça e a equidade social sejam para todos. Somente a democracia, poderá

reconduzir ganhos perdidos durante longos anos de guerra, fome, doenças, afetividade e harmonia entre o cidadão "... de Cabinda ao Cuneme". Como já profetizava o seu primeiro presidente Agostinho Neto, que como médico, entendia muito bem as situações epidemiológicas, tanto no âmbito patogênico como no campo social.

No entanto, neste campo, as intervenções não ocorreram, pois era de total conhecimento da comunidade internacional das dificuldades do país para conter as epidemiologias sociais. Neste contexto, nasceu o Projeto de Reabilitação Urbana e Ambiental das Cidades de Lobito, Benguela e Comuna da Catumbela, que teve como escopo justamente combater os problemas urbanos e ambientais responsáveis pelos aumentos consideráveis na saúde pública na cornubação, Benguela/Lobito, onde importante porto e ferrovia ligam Angola, Zâmbia, Namíbia e todo o corredor do sudeste do país para exportação.

A recuperação urbano-ambiental deste corredor foi o primeiro grande projeto do ponto de vista da sua aplicação a obter um grande alcance social em todos os seus quesitos, entretanto se houve falhas elas ocorreram na sua sustentabilidade, apesar de que o custo da manutenção do projeto não exigia grandes somas de dinheiro, já que o mesmo foi desenvolvido pelo Banco Mundial, pela Agência Sueca de Desenvolvimento Internacional (ASDI), pela Agência Norueguesa de Cooperação Internacional (NORAD) e pelo Governo da República de Angola, com todos os orçamentos para manutenção do projeto, com valores dentro do orçamento do Governo Provincial de Benguela.

O grosso do saneamento-básico como: a Vala do Coringe, Estação de Tratamento de Esgotos, Distribuição de Água nos Chafarizes, obras de investimentos maiores construídas por empreiteiras internacionais tiveram suas obras finalizadas e entregues a população no prazo.

As suas manutenções exigiam até mesmo baixo custo. Já na intervenção ambiental, elementos como o reflorestamento, a coleta do lixo e todo o controle ambiental restavam apenas à manutenção do Programa de Educação Sanitária e Ambiental de longo prazo e sem extinção do programa. Se tais metas não foram seguidas com certeza o projeto poderia sucumbir nos seus objetivos principais como:

Eliminar as epidemias, melhorar a saúde da população; diminuir a degradação do meio físico, reabilitar o sistema de abastecimento de água e saneamento;

Melhorar as condições de vida nos bairros periféricos, fornecer água potável e latrinas melhoradas, em conjunto com o programa de revegetação;

reforço às instituições responsáveis pelo funcionamento, administração e controle dos serviços urbanos e meio ambientes, com assistência técnica, apoio logístico, formação de quadros do Governo Provincial.

Desta forma, para atingir esta meta, foram formados componentes como: saneamento ambiental que incluía os seguintes sub componentes:

reabilitação e distribuição do abastecimento de água;

reabilitação do sistema de esgotos sanitários;

reabilitação do sistema de escoamento de águas pluviais.

Contou também com a Gestão de Resíduos Sólidos e Saneamento para População de Baixa Renda, no seguinte sub componentes:

programa de latrinas melhoradas;

educação sanitária e ambiental;

revegetação urbana.

Quanto ao Desenvolvimento das Instituições foi incluído:

Fortalecimento da capacidade do Gabinete Provincial do Plano (GPP) Gestão do Projeto;

fortalecimento da capacidade do Departamento Provincial dos Serviços Comunitários (DPSC);

fortalecimento da Empresa de Águas de Benguela (EPAB);

formação do quadro das empresas em nível nacional e internacional.

Estudos permanentes de:

tarifas de água e esgotos;

reorganização institucional da EPAB (Empresa de Águas de Benguela);

gestão do meio ambiente;

outros estudos relacionados ao desenvolvimento urbano.

Ao todo este projeto consumiu cerca de sessenta e dois milhões de dólares americanos entre doações de fundos perdidos a empréstimos junto à IDA (Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento), órgão do Banco Mundial.

Para tanto o investimento não poderia deixar de lado uma forte sustentabilidade, se isto não ocorreu, houve negligência por parte daqueles que ficaram responsáveis pela gestão futura do projeto.

Quanto a Educação Sanitária e Ambiental foi trabalhada em intensidade para promover a formação e informação elementos básicos de saúde à população, além de capacitar os ativistas da saúde para trabalhar junto aos bairros efetivamente ações como:

- o uso e limpeza de latrinas;
- prevenção da Malária;
- prevenção da Cólera;
- noções de saneamento básico;
- utilização racional da água potável;
- proteção dos rios e mananciais;
- proteção da vegetação urbana;
- cuidados com o lixo urbano;
- epidemias e infecções.

A Educação Sanitária e Ambiental, no âmbito do Projeto buscou sempre articular os princípios básicos de higiene e saúde pública, dando informações e formações à população na diminuição das epidemias, a fim de conjugar diminuição da epidemia social com as novas necessidades da sociedade benguelense perante aos novos desafios do século XXI.

O resultado destas ações foi uma considerável diminuição das doenças diarréicas, fim da Cólera na província, redução da Malária, além de um aprendizado da comunidade na participação local do projeto. O sucesso de parte do projeto sempre foi à comunidade local, que pode ser denominada de “Poder Local”, pois a participação da comunidade implica uma transformação da cultura administrativa, um processo sistemático com trabalho. Em outras palavras; capacidade de descentralização se desenvolve progressivamente e as exigências devem corresponder à capacidade real de execução.

O “Poder Local” como sistema organizado de consensos da sociedade civil, num espaço limitado, implica, portanto, alterações no sistema de organização da informação, reforço da capacidade administrativa e um amplo trabalho de formação, tanto na comunidade como na própria máquina administrativa do Estado.

Em Angola, a participação comunitária representa um grande passo rumo à democratização definitiva do país, pois quando a comunidade participa sempre temos redução dos problemas sociais de maneira efetiva e permanente, já que os problemas sanitário-ambientais, que envolvem diretamente saúde pública têm na sociedade principal parceria na melhoria da vida comunitária. Se não houver engajamento no processo, não serão alcançados os objetivos.

A participação da sociedade na gestão garante transparência administrativa, além da permanente prestação de contas a ela, já o sentido de participação evoca responsabilidade não só do governante, mas de todos. Em Angola que possui uma carga burocrática acima do normal, sem contar a luta pelo poder travada nos postos do alto escalão “nível ministerial”, participação, transparência é fundamental. Pois, qualquer proposta dos ministériáveis transforma-se em luta ideológica interna, prejudicando assim, sua conclusão, sem contar, aqueles que chegam aos postos sem mínima competência técnica para exercer funções ou gerir projetos de cunho social.

Somente a gestão participativa do “poder local” pode levar os resultados efetivos, como por exemplo, o Projeto de Reabilitação Urbana e Ambiental de Lobito e Benguela (Prualb - 1995-1997), tais como:

70% da população com água potável;

60% da população com latrinas;

80% da população fazendo deposição do lixo adequadamente;

80% da população arborizando toda cidade.

Tal cenário é inédito desde o nascimento do reino de Benguela, com seus entraves Geopatológicos do Paludismo em 1615, mesmo passados quase quinhentos anos da ocupação pelos portugueses a Malária continua constituindo de forma eterna uma complexidade patogênica, nos moldes Maxsoriana.

A convivência com a Malária de forma pacífica só evidencia-se por falta de alternativas; este fato remete toda população contemporânea aos tempos do reinado de Dom João II, ou seja, o enfrentamento da Malária no século XXI permanece praticamente na forma, ou seja, sem políticas públicas adequadas ao seu tratamento e combate. Quanto à população, não há alternativas e vive entre a vulnerabilidade e a receptividade, num ciclo perfeito de morbidade e mortalidade, pois, esta permanece sempre à espera da intervenção do poder público na melhoria da saúde coletiva.

Em se tratando de saúde coletiva, é importante contextualizar que a Malária não é uma patologia individual e sim um conjunto de fatores tanto médicos quanto sociais. Com o final da guerra, surgiu uma pequena classe burguesa reacionária e individualista, muitos deles circulam por Angola em carros de última geração, sentindo-se “imunes” às epidemias, um erro clássico, pois, os mosquitos anófeles não escolhem classe social, atingindo a todos. O caos sanitário-ambiental instalado no território pertence a todos, porém, a diferença está na capacidade econômica dos que podem refugiar-se na África do Sul, Estados Unidos ou no Brasil nos tratamentos de saúde.

A História do reino de Benguela nos evidencia a problemática desde sua fundação. A sua urbe cresceu de pau-a-pique e de adobe (tijolo a base de argila local), mas o forte calor, as chuvas constantes, os pântanos, as ausências de saneamento básico, etc., tornavam o lugar altamente insalubre durante boa parte do ano, além de excelente locus na reprodução de vetores (mosquitos anófeles) transmissores da Malária. Desta forma, as epidemias eram constantes.

No passado as dificuldades climáticas que favoreciam a insalubridade, as chuvas constantes, os pântanos e a reprodução de vetores da Malária e atualmente, além desses fatores que continuam em evidência, há ainda o problema da concentração urbana, do saneamento básico, do tratamento de água, do lixo, da falta de postos de atendimento, hospitais, etc.

Como se pode ver, a evolução da cidade foi sempre tenebrosa, doentia e atropelada com desconfiança permanentemente durante muitos anos, sendo inclusive bucólica para os indígenas. A Geografia Médica instituída em Angola, que fora imposta pelo regime colonial, não apresentava nenhum aspecto novo. Assim, o modo operante do sistema mantinha resquícios dos tempos em que o reino de Angola e de Benguela era separado, por estratégias da administração imperialista no intuito de dominar aquela extensa porção de terra dos negros africanos.

Desta maneira, o sistema nunca deixou de analisar a distribuição espacial da doença nas suas possessões, através de estatísticas, que às vezes, eram organizadas pelos relatos dos viajantes, que pisavam no solo angolano tanto para viagens de exploração quanto como imigrantes pobres que buscavam novas oportunidades naquelas terras ultramaras.

Em termos médicos ou “matéria médica”, a terapêutica colonial ou “modelos etiológicos” na Geografia Médica das possessões portuguesas se mantinha sobre a

tradição da Medicina ocidental. Mesmo parte dos médicos formando - se na escola de Medicina de Gôa (primeira escola de Medicina fora da metrópole vocacionada para África), tais modelos de tratamento, trouxeram muitos conflitos junto ao sistema de cura dos indígenas. Porém, a metrópole manteve uma forte pressão na aceitação da Medicina ocidental, até mesmo como forma de destruição antropológica do curandeirismo e através dela também praticar a dominação política.

O conflito se deu no modelo de cura antológico de natureza física; na Medicina centrada no homem doente e cujas representações estavam comandadas na relação entre o fisiológico, psicológico, cosmológico ou social, contra uma Medicina centrada apenas na natureza ou nas ervas homeopáticas. A luta da alopatia contra homeopatia pode ser compreendida como a imposição ocidental no tratamento da Malária e outras doenças constituídas na Geografia Médica local ou regional.

Nesta luta, ficou compreendida que toda questão da Malária não passava de uma patologia local e, por isso, de curto a médio prazo, o homem criaria um mecanismo para extinção do Paludismo nas comunidades da África.

Os médicos formados na metrópole, ao entrarem em contato com os indígenas, descartavam qualquer conhecimento que vinha dos autóctones, ou seja, todo o tipo de manifestação de cura era classificado como "bruxarias" ou "feitiçarias". Assim, a Geografia Médica dominante e imperial constituía-se no modelo etiológico relacional sistematizado nas patologias, nunca num conjunto de representações naturais e individualistas da doença. Os médicos coloniais tinham uma dupla missão: de um lado manter o domínio da Medicina ocidental e do outro destruir completamente qualquer relação da Medicina de superstição do indígena que eles acreditavam ser eficaz.

Logo, uma nova prática médica que julgaram ser o suficiente para o fim dos mosquitos (vetores) da Malária, foi adotada:

a utilização de novos medicamentos a base de DDT, utilizados na dedetização em massa das aldeias, vilas, comunas e cidades; em conjunto com o Quinino e Cloroquina.

Porém, esta prática não demonstrou eficácia, em função da resistência adquirida pelos anófoles. Por outro lado, haveria necessidade de recomeçar as pesquisas de combate à Malária novamente, fazendo um reforço na Geografia Médica regional aplicada desde os primórdios na luta contra a Malária.

O modelo aplicado hoje em Angola, em pleno século XXI, não sofreu qualquer alteração desde os tempos coloniais; ou seja, o país continua tratando Malária não de forma preventiva, mas defensiva e sempre perde a batalha epidemiológica por manter uma Geografia Médica regional não planejada nos moldes da Medicina Pública moderna.

O que marca uma Geografia Médica Regional em Angola são os primeiros estudos da Real Academia de Ciências de Portugal, que no início do século XX, reuniu estudos estatísticos sobre a incidência do Paludismo em Benguela e Luanda, no qual, destacava cerca de sete formas diferentes de sintomas da Malária na população das duas cidades, como as febres palustres intermitentes; as febres palustres complicadas de outras doenças; as febres remitentes; as febres intermitentes terçãs; as febres efêmeras; as febres perniciosas e as biliares, sendo que todas elas apareciam em Benguela e Luanda. Os especialistas daquela época já sabiam que as chances de extinção destas febres palustres eram mínimas, principalmente pela forma de atuação regional do combate e pela falta de incremento de saneamento básico, por parte da metrópole, que viam neste tipo de investimento pouco retorno.

O Paludismo, desta forma, não reduziu pelo contrário, aumentou de forma avassaladora, principalmente quanto suas diferentes formas de infecção patológica. Na atualidade o que temos em Angola é uma repetição deste quadro, pois, as estratégias da Geografia Médica Regional, ou seja, o socorro mediatista às epidemias continua vigorando apenas localmente sem uma antecipação e prevenção destas patologias. Assim, o avanço do Paludismo, da Cólera, da Febre Amarela, da Tuberculose, arrasa as populações de Angola.

O sistema público de saúde deu manteve uma Geografia Médica incapaz de interceder na mortalidade da população e ao mesmo tempo uma polícia sanitária desigual, seletiva que privilegia apenas uma camada da população que têm condições de buscar tratamento adequado no exterior.

O Paludismo continua criando manifestações mórbidas associadas com várias patologias como: Úlceras, Bronquites, Reumatismo, Diarréia, Anemia, Varíola, Pneumonias, Hepatite, Tuberculose, Escorbuto e Febre Tifóide, Sarampo, etc.

Esta face da epidemiologia social tem um custo elevado na capacidade do crescimento e desenvolvimento do país, pois, parte dessa população passa um

período do ano sem produzir e o mais grave é que dependem do orçamento do Estado para combater a Malária.

Além desse fato, é interessante relatar o choque de culturas existentes desde a colonização e que vigora, ainda, na atualidade. Que foi fomentado através da antropologia de missionários e padres como, por exemplo: Esterman, que escreveu sobre as práticas de cura dos nativos e em nada colaborou para uma efetiva resistência à cultura homeopática. Pelo contrário, relatava que a crença dos antepassados era algo sobrenatural e que impedia o desenvolvimento da Medicina ocidental. Acreditava-se que as cerimônias de expulsão e o oferecimento de determinados sacrifícios, não passavam de práticas supersticiosas e, no caso das doenças, indicava que o único meio capaz de promover cura era através dos médicos brancos, criando desta forma, um grande interregno entre o conhecimento popular e o científico - tornando as reais práticas de cura impraticáveis, tanto na religião católica quanto na protestante. Ou seja, destruindo o conhecimento que passara através das gerações e criando conflitos entre aqueles que praticavam os atos da cultura médica dos nativos e aqueles que acreditavam no processo de assimilação.

Tais confrontos ainda persistem na atualidade, necessitando de estudos de Antropologia da Religião, para não condenar uma minoria que mantém as tradições de cura baseadas nas cerimônias ou nos rituais. É necessário agregar esta cultura às relações da sociedade atual para que ninguém cultue os preconceitos trabalhados nas missões do século passado.

A presença do feiticeiro ou do curandeiro precisa ser recomposta cientificamente, mesmo como uma atividade cultural, que preserve as alianças do passado com o presente como um resgate cultural vivo nas curas do corpo e da alma e jamais deverão ser eliminados séculos de conhecimento, através do policiamento médico e de toda a sociedade, pois, tanto a medicina ocidental quanto os conhecimentos médicos do curandeirismo são importantes nas sociedades pluriculturais.

Esse policiamento médico também inibiu os estudos de muitos botânicos, que investigavam a cura da Malária através de ervas (homeopatia).

O questionamento da Medicina Ocidental sobre a Medicina Local resultou no desaparecimento quase total das pesquisas nesta área.

Apesar do grande potencial botânico de Angola, o contato com o colonizador desde o século XV, destituiu o uso da enorme diversidade da fauna e da flora do país, que, inclusive continuam desconhecidas até os dias atuais, em grande parte do seu território, e como conseqüência dos longos anos de Guerra Civil. Os estudos do botânico, farmacêutico e pesquisador do século XIX, em Angola, João Cardoso Junior, é um exemplo do esquecimento de investigação da fauna e flora. Segundo as pesquisas desenvolvidas e comprovadas pelo cientista, a árvore *Adansônia digitata* (Bombaceas), denominada popularmente de “Pão de Macaco”, em Benguela, têm propriedades de cura para a Malária, porém, este tratamento nunca foi utilizado, pois, não havia interesse do capitalismo vigente, Sabemos que a indústria farmacêutica alopática teve vantagens no isolamento deste poderoso elemento biogeográfico, fato que ocorreu no início da fase colonial e permanece até atualidade.

A indústria farmacêutica atuou de forma exploratória, negligenciando um histórico grandioso das curas homeopáticas que eram sustentadas e centradas na Medicina local e davam vida e alicerce na interpretação da Medicina Ontológica e Relacional do ocidente.

Este fato foi suficiente, para que em 1905, a Academia Real de Ciências, rapidamente organizasse um quadro com os primeiros diagramas do Paludismo Agudo, nas diferentes colônias portuguesas. Os médicos do serviço de saúde colonial registraram os dados, entre 1875 e 1881, isto é, no auge das ações da denominada Topografia Médica, que era o movimento que passou a ocorrer em função da Geografia Médica imposta nas colônias.

Este movimento, na verdade, representação utópica da teoria de Max Sorre, numa relação entre saúde, ambiente e cidade. E não representava nenhuma idéia nova no pensamento Médico do mundo ocidental, pois, na cidade de Paris conhecia – se muito bem, segundo Michel Foucault, as pestes e os agravos da saúde eram comuns, antes das descobertas do saneamento das cidades principalmente no tangente aos métodos de sepultamento dos corpos em geral.

No contexto atual, tais posturas ainda persistem em Angola, através da Geografia Médica localizada nas epidemias de várias doenças, entre elas: Malária, Cólera, Tuberculose, Sida/HIV e tantas outras infecções. Porém, a vigilância sanitária só pratica alguma ação quando a crise epidêmica é notória. Até então, permanece o estado de inércia, no sentido de atenção primária. A partir daí, inicia

intervenção principalmente com o pedido de auxílio às Ongs internacionais e parceiros (empresas, governos de outros países, etc.) para conter o quadro da epidemia. Tais medidas que poderiam ser evitadas de outra maneira, como por exemplo, um plano político e econômico que abrangesse toda Saúde Pública no país. O plano pode ser iniciado com uma reforma urbana em Angola urgente, pois sendo os ambientes urbanos focos de doenças, as cidades passaram a ser interpretadas ou compreendidas como fator de desequilíbrio de diferentes fluidos (sangue, águas, vegetação, ar) misturando as responsabilidades entre o corpo humano e as condições ambientais dos lugares ou locais de ocupação do homem em África e no mundo.

Portanto, independente da moradia, sempre haveria uma justificativa que se adequasse a ela, por exemplo: se os indígenas habitassem suas casas tradicionais, a culpa ficava na insalubridade ou na falta de ventilação das mesmas; se ocupassem as habitações dos brancos, não tinham “cultura de limpeza” (visão do homem branco colonizador). Assim, o sanitarismo era delimitado, principalmente entre 1830 e 1875, período este que coincide com as observações médicas feitas nas cidades de Luanda e Benguela e que levou como a única forma de controle das epidemias, o saneamento urbano, pois, já que os indígenas não eram capazes de praticá-lo, caberia a polícia sanitária cuidar de inserir este modelo sob qualquer preço.

Na visão desta Medicina Topográfica, que era pragmática, as estatísticas prevaleciam, o único remédio de combate ao Paludismo ou a transmissão de doenças infecto-contagiosa, era o embelezamento das cidades, aliado a uma forte campanha de saneamento. Os médicos coloniais, diante desta expectativa, passaram controlar os espaços sociais nas colônias, os meios utilizados eram pulverizações constantes aos vetores da Malária.

A Medicina Topográfica se transformara num instrumento poderoso de propaganda política na Europa, pelo Governo da metrópole. Eles acreditavam que com tais políticas de intervenção exterminariam a Malária, criando, então, oportunidades para aquelas famílias que não arriscavam ocupar as terras de Angola a acreditar no fim da Malária e de outras doenças contagiosas, nas colônias. Foi desta forma que os Grupos Experimentais de Colonização, num segundo momento das campanhas iriam aumentar a ocupação humana ao longo da Estrada de Ferro de Benguela, com um conhecimento estatístico destes médicos, com os registros de

fatos, com modelos explicativos, que transformaria, pouco a pouco, o medo do colonizador sobre Benguela.

Na mentalidade destes colonizadores brancos, eles não necessitariam ir à Lisboa para fazer tratamentos ou mesmo tomar os bons ares do continente, já que a Medicina nas colônias estava em franco crescimento. Por outro lado, tais ações, destes médicos sanitaristas que atuavam em Angola e na Província de Benguela estavam também gerando pesquisas para mudanças nas instituições, para enfrentar os problemas urbanos e rurais produzidos nas ações de desmatamentos provocados na exploração das frentes pioneiras em Benguela, aplicando desta forma os conceitos da Geografia Médica Maxsoreana, que em princípio não eram aceitas no mundo urbano ocidental, mas que se enquadrava bem na relação homem, meio ambiente e saúde, ao defrontar com o Paludismo Agudo, registrado estatisticamente nas espécies de Febres: Intermitentes Remitentes, Intermitentes Terçã, Efêmeras, Perniciosas e Biliares. Sem contarmos com as endemias, ora epidemias de Cólera, Febre Amarela, Varíola e o Sarampo e das longas quarentenas impostas pela vigilância sanitária nos Portos da África, na contenção destas doenças. Nos planos exploratório e capitalista estas geravam imensos prejuízos ao Governo Central de Portugal que tinha que mostrar ao mundo sua “força imperial nas colônias”.

Nesta esfera, montar uma base segura com uma policia sanitária em cada Porto colonial, aliada as estatísticas médicas seria primordial para a contenção das doenças infecciosas. Pois, as maiorias das doenças chegavam junto com os navios e em terra caberia a Geografia Médica colonial tomar as providências necessárias para conter o alastramento das mesmas.

O perfeito conhecimento dos métodos e a larga experiência dos trabalhos de desinfecção para barrar epidemias entre indígenas e os brancos colonizadores passaram a ser usados e adaptados nas diferentes formas de vida e principalmente nos costumes, no gênero de vida, da alimentação a moradia, sendo assim, ajustados no complexo patogênico e no perfil epidemiológico da Geografia Médica colonial.

O saneamento, desta forma, passou a ser um caso de polícia, o império exercia seu controle pleno e geograficamente sobre a vida dos habitantes das colônias, onde nada passava despercebido. Na verdade uma maneira de coagir irresistivelmente a população, para obter hegemonia total, através do ganho econômico para melhor aproveitamento da exploração. Entre 1875 e 1881, tivemos

todo o acompanhamento da distribuição do Paludismo em todas as possessões ultramarinas portuguesas, nas quais existiam cerca de trinta formas diferentes de Paludismo Agudo. Acreditavam que esta patologia estava com seus dias contados, norteada pela Geografia Regional (Princípio da Extensão La Blache) e pela Geografia Médica, de Max Sorre. Porém, para surpresa dos especialistas, em 1881, tivemos um aumento espantoso nos números de casos de Malária.

A evolução da morbidade mensal entre o grupo africano e o grupo europeu, em 1876, já mostrava que tais políticas sanitárias não eram suficientes para exterminar a Malária e que o sistema de pulverização estava demonstrando uma resistência dos mosquitos aos produtos químicos usados em cidades e aldeias.

Os portugueses então, concluíram que todas as tentativas de colonização européia efetivadas, geraram um custo de centenas de contos de reis e não asseguraram a aclimação de raça, nem da família, pois, julgavam eles que tal aclimação ocorreria de forma natural. Portanto, as providências para proteger os colonos contra a influência do calor, do micróbio palustre, do parasitismo, do clima e das localidades foram inúteis numa longa luta contra as patologias.

Isto vale perfeitamente para cidade de Benguela, que desde sua fundação representou um desafio para as autoridades da metrópole. A denominação de Benguela como “açougue humano” não foi em vão, pois ela reunia todas as condições desfavoráveis e havia o avanço constante das epidemias, vulnerabilidade aliada à receptividade da produção dos mosquitos vetores que elevavam o índice de mortalidade, ameaçando todos os que residiam naquela região muito quente e com um regime pluvial arrasador, em certas épocas do ano. As chuvas, não só aumentavam os volumes das águas dos rios como também transformavam a cidade num perigoso pântano.

Assim, cidades do Lobito e Comuna da Catumbela surgiram como uma opção para futura mudança da cidade mãe, fato que justifica sua cornubação na atualidade.

Tanto Lobito e Catumbela surgiram em momentos de dificuldades sanitário-ambientais por parte de Benguela, elas seriam as tão sonhadas cidades ambientalmente livres das patologias, e ainda remetiam como sendo o local ideal para fugir da insalubridade benguelense. Infelizmente nenhuma destas esperanças se concretizou, pois, enquanto a Catumbela tinha água em abundância, também, havia muitos mosquitos e Lobito não possuía água potável, que deveria vir da

Catumbela. No entanto, os custos eram muito altos e dificultaram a canalização da água até o Lobito. Quanto à metrópole, a mesma não se importou em financiar tal construção, assim, ambas caíram no esquecimento como futuras capitais da província de Benguela.

Neste contexto, os problemas sanitário-ambientais de Benguela cresceram muito no período de 1897 a 1933. Tal crescimento ocorreu pelo fato do Governo Republicano de Portugal, não se interessar pelos projetos de assentamentos de imigrantes europeus ao longo do Caminho de Ferro de Benguela numa distância de 1.290 (mil e duzentos quilômetros) de ferrovia (anexo MAPA 06: “Mapa das Ferrovias de Angola”), totalmente financiada e construída pelos ingleses.

A construção da ferrovia trouxe uma nova demanda para o local, principalmente ao Porto do Lobito e de Catumbela que recebeu uma Estação frontal para vila.

As criações dos novos espaços urbanos trouxeram também à tona os velhos problemas de saneamento e insalubridade, acompanhados de epidemias, entre elas novamente o Paludismo, porém enfrentado sobre uma outra perspectiva com um tímido planejamento urbano.

As questões como: insalubridade e epidemias deveriam ser seriamente questionadas na implementação do Porto e com as residências ao lado opostas do mesmo e distância razoável das salinas, onde de uma forma ou de outra existiam águas paradas, fato que fomentaria produção de vetores da Malária. Assim, os pântanos e as lagoas, foram aterrados diminuindo as epidemias de Malária, em Benguela e no Lobito.

O financiamento do capital inglês levou o Porto do Lobito e possibilitou Catumbela, por algum tempo, se tornar o eldorado sanitário da província, principalmente pelo planejamento urbano. Porém, logo os problemas retornaram em função da adequação do Porto e da respectiva demora em aprovação do plano diretor da cidade e da expansão do Grupo Experimental de Colonização ao longo da ferrovia.

O movimento deste Grupo trouxe a tona novamente às dificuldades de apoio médico para as famílias assentadas, principalmente com falta de hospitais, que era responsabilidade do governo central e que não ocorria em função das lutas internas, na manutenção do poder em Portugal e a “nova” liderança política, que já nasceu numa república retrógrada e sem projetos políticos para o seu “império” ultramarino.

Em maio de 1928, Salazar implanta Ditadura Militar em Portugal, mudando toda história das colônias e tentando novamente impor força àqueles que desafiavam o regime.

A Geografia Médica da metrópole também sofre mudanças, com tendências políticas marcadas por um regime de perseguição implacável aos opositores desta nova Geografia Política aplicada nas colônias.

Apesar da crise do regime, a ferrovia avançou chegando à Nova Lisboa no planalto Central de Angola. As condições climáticas eram outras e favoreceram o desenvolvimento desta importante cidade, hoje conhecida pelos angolanos como Huambo. Huambo ou a “Nova Lisboa” dos portugueses que diferentemente do litoral, pois, situava-se no planalto e não possuía insalubridade de Benguela.

Com um clima ameno no verão e baixas temperaturas no inverno, a cidade de Nova Lisboa foi considerada o paraíso dos portugueses, sendo que até mesmo escolha do local foi estrategicamente analisada por engenheiros e arquitetos. A cidade foi construída no local denominado Alto Caululo, onde ficavam Missões de Huambo dos padres Keling e Blank que faziam um trabalho de interpretação lingüística dos habitantes daquele sertão de Angola.

Em tese, aquela cidade planejada, era tudo o que os portugueses procuravam para afastar as tormentas sanitário-ambientais de Benguela e inserir imediatamente uma grande população de cones europeus. Assim, entre 1910 e 1926, Angola sofreria um aumento na sua taxa populacional. Inaugurada em 21 de setembro de 1912, pelo Alto Comissariado de Angola, General Norton, Nova Lisboa seria por muito tempo um modelo sanitário-ambiental de Benguela, enquanto isto, em Lisboa na metrópole, urgia-se rivalidades políticas que acabariam afastando o General Norton de Angola, pois alguns tinham em mente que o General já estava pensando seriamente na independência do país, sendo o mesmo afastado do cargo de Governador e retornando para metrópole.

Os esforços das campanhas de vacinações, as pulverizações, os postos de saúde indígenas, tudo isto não foi suficiente na melhoria das condições sanitário-ambientais de Angola.

Sem dúvida, todas as atividades, ficaram notadamente no papel e engavetadas durante muito tempo no Arquivo Histórico Ultramarino, que possibilitou uma investigação profunda sobre a Malária em Benguela, Lobito e Catumtela, assim

como, uma revisão antropológica das ações dos primeiros estudiosos da cultura de Angola, no aspecto sanitário e ambiental.

Todas as prerrogativas desenhadas estrategicamente ao longo da Geografia Médica em Angola, de 1615 até 1940, que em linhas gerais poderiam ser assim desenvolvidas não ocorreram por falta de investimentos do poder central, da adaptação às culturas locais e de resistências das mesmas, por não optarem pela Medicina ocidental. Não é o caso de não existirem Projetos, pelo contrário, a nova ordem dos médicos higienistas do final do século XIX e início do século XX, pregavam programas ousados para época como:

Formação de “brigadas sanitárias”, para fins de hospitalização da população indígena; formação sanitária especial ao serviço de Saúde Pública; períodos de imunizações para as novas doenças trazidas pelos europeus aos indígenas;

o emprego de vacinas;

combate ao Paludismo sazonalmente;

campanhas profiláticas contra todas as moléstias urbanas e rurais;

higienização das habitações indígenas;

criação de aldeias modelares, cujos habitantes seriam selecionados sob o ponto de vista físico, onde fosse extinto por completo, qualquer retorno à sua cultura;

constituição de “campos experimentais”, para organização de estatísticas vitais exatas, em conjunto com educação ocidental no pseudo-contato, entre os europeus e “aquele povo”, denominado antropológicamente de “indígena”, na dual relação entre civilizados e a barbárie.

Com tais propostas, a Assistência Médica aos Indígenas nunca se concretizou, sendo nitidamente fragmentada numa Geografia Médica marcada pela relação entre homem, meio ambiente e saúde e atacada logisticamente num dado local ou de forma regionalisticamente.

Portanto, definir Assistência Médica como “inclusiva” seria fugir da teoria de Max Sorre e por outro lado, cabe um entendimento desta tese sobre o Complexo Patogênico que paira sobre as cidades de Benguela, Lobito e Comuna da Catumbela, lastradas em políticas públicas fragmentadas e sem continuidade. Assim, a absorção da cultura da morte está nitidamente associada ao modelo de vida desta sociedade, nos quais os elementos naturais (natureza física) se confundem com os culturais e estes com o patológico.

Desta forma, enquanto permanecer uma estrutura de Geografia Médica Regional, as comunidades irão conhecer os vários tipos ou faces da mortalidade como Paludismo, Cólera, HIV–SIDA ou todas as espécies de patologias. Seria a manutenção das vulnerabilidades em setores vitais para o país e para o seu agrupamento humano. O que parece implícito é que os portugueses até “ensaiaram” um Projeto de intervenção, porém, este nunca foi dinamizado principalmente por falta de investimentos nas colônias. Portanto, hoje, não existe o Projeto e tão pouco verba para algum tipo de investimento na área de saúde. Quando isso ocorre, as autoridades de saúde de Angola estão ainda nos detalhes da Geografia Médica Regional, ou seja, socorrendo as epidemias nas áreas que as mesmas sinalizam e nunca na sua totalidade, de uma real Geografia da Saúde.

As crises epidêmicas continuam assolar Angola e suas províncias, isto, enquanto perdurar uma Geografia Médica Regional, na qual a busca pela cura atua na causa e não na prevenção. Sendo que o campo preventivo requer investimentos vitais em áreas que vão desde o saneamento básico até os programas de educação sanitária permanente. A Geografia Médica localizada não funciona, pois as epidemias não respeitam fronteiras. Seria Angola uma fronteira aberta no campo epidemiológico? Na postura das ações, a fragilidade fica notória. Sendo necessária criação de uma Geografia da Saúde capaz de desenvolver na totalidade todas as províncias de maneira multidisciplinar para uma completa modernização das ações e vigilância epidemiológica, que se desenvolve em vários estágios conectados entre si:

- prevenção primária;
- vigilância sanitária;
- zoneamento hospitalar adequado;
- políticas de saúde pública, independentes de interesses políticos;
- criação de escolas de saúde pública, para manter o território livre das convulsões de endemias e epidemias;
- atualização do Ministério da Saúde, para cobertura total das ações políticas do setor;
- modernização dos Postos de Saúde e Hospitais, para melhor atuação, também na intervenção primária;
- criação de equipes volantes de atendimento à saúde, para atingir todas as comunidades;

Reformulação do currículo médico e para-médico, com enfoque nas doenças tropicais, Saúde Pública e saneamento ambiental;

Ampliação de parcerias com Ongs, empresas privadas, comunidade científica e acadêmica, para ampliação de conhecimentos básicos de saúde pública;

Apoio integral com distribuição de medicamentos básicos tanto da alopatia, como da homeopatia nos postos de saúde; enfim, iniciar uma construção da real Geografia da Saúde.

Se a saúde pública de Angola permanecer sobre vulnerabilidades e sem as mudanças teóricas e práticas a Malária continuará no envolto do Complexo Patogênico colocando em risco toda sua população e isto deve ser analisado de forma multidisciplinar para uma intervenção eficaz com projetos sustentáveis na realidade local, envolvendo principalmente base das comunidades. Nenhum projeto será bem sucedido sem o envolvimento local e através de imposições dos “altos-escalões”, conhecidos como “especialistas”, pois, a voz do povo determina a manutenção e eficácia de projetos.

BIBLIOGRAFIA

ALEXANDRE, V.; DIAS, J. *A Nova História da Expansão Portuguesa. O Império Africano (1825 – 1890)*. v. X. Lisboa: Editora Estampa, 1998.

ANDRADE, A. A. B. *O Regimento da Fundação de Benguela (1605) e o Sentido Humano e Científico dessa Conquista*. Lisboa: C.E.H.U, 1971.

AYOADE, J. *Introdução à Climatologia para os Trópicos*. São Paulo: DIFEL, 1986.

BARATA, B. R., *Malária e seu Controle*. São Paulo: Editora Hucitec, 1988.

BARRETO, L. M. FILHO, A. N.; VERAS, P. R.; BARATA, B. R. (Orgs.). *Eqüidade e Saúde*. Contribuições da Epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 2000.

BASTOS, A. *Monographia de Catumbella*. Sociedade de Geographia de Lisboa, Agência Geral das Colônias. Lisboa: Ed. Tipografia Universal, 1912.

BERLINGUER, G. *Medicina e Política*. 2º ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

BIRMINGHAM, D. *História de Portugal: uma perspectiva mundial da História*. Lisboa: Editora Terramar, 1998.

BOLOTA, A. A. B. G. *Benguela Cidade Mãe das Cidades*. Câmara Municipal de Benguela, 1967.

BOAVIDA, A. *Angola: cinco séculos de exploração portuguesa*. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1967.

CANÊDO, L. B. *A descolonização da Ásia e a África: processo de ocupação colonial: transformações sociais nas colônias: os movimentos de libertação*. 2ª ed. São Paulo: Editora Atual, 1977.

CAPELLO. H.; IVES. R. *De Angola a contra-costa: descrição de uma viagem através do continente africano*. v. 01. Lisboa: Oficiais da Armada Real Portuguesa – Imprensa Nacional, 1886.

CAPRA, F. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. 22ª edição. São Paulo: Editora Cultrix, 1997.

CLARA, C.; CABRAL, P. J. *A Persistência da História: passado e contemporaneidade em África*. Lisboa: Ed. Imprensa de Ciências Sociais do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2004.

COELHO, M. A. T. *O Bailundo: 1890/1905*. Lisboa: Ministério da Ciência e Tecnologia – Arquivo Histórico Ultramarino, 1967.

CORRÊA, Roberto L. *O Espaço Urbano*. São Paulo: Editora Ática, 1995.

COTTA, G. *Grito de Angola: carta aos senhores Kennedy e Khrushchtchev*. Lisboa: Portugal, 1961.

CARLOS, A. F. A. & LEMOS. A.I.G. *Dilemas Urbanos: novas abordagens sobre a cidade*. São Paulo: Contexto, 2003.

DIAS, A. A. *Benguela: cadernos coloniais* N.º. 43. Lisboa: Editora Cosmos, 1937.

DELGADO, R. *História de Angola: terceiro período de 1648-1836*. v. 4, República de Angola: Editora Livraria Magalhães Lobito, 1955.

_____. *As famosas históricas de Benguela: catálogo dos governadores (1779 a 1940)*. Benguela: Ed. Governo da Província, 1948.

DOWBOR, N. L. *O que é poder local*. 1ª Ed., São Paulo: Brasiliense, 1994.

_____. *Formação do terceiro mundo*. 1ª Ed., São Paulo: Editora Brasiliense, 1992.

_____ (Org.). *Desafios da globalização*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1997.

FARRELL, J., *A assustadora história das Pestes e Epidemias*. São Paulo: Ediouro, 2003.

FELNER, A. A. *História Colonial dos Portugueses em Angola: Apontamentos sobre a ocupação e o início do estabelecimento dos portugueses no Congo, Angola e Benguela*. Coimbra: Ed. Imprensa da Universidade, 1933.

FORATTINI, O. P. *Epidemiologia Geral*. São Paulo: Editora Artes Médicas-Editora USP, 1996.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 17ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Graal, 2002.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 31ª edição. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2005.

GEERTZ, O. B. *Nova Luz sobre a Antropologia*. Rio de Janeiro: Editora ZAHAR, 2002.

_____. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1978.

GIDDENS, A. *Mundo em descontrole: o que a globalização está fazendo de nós*. Rio de Janeiro: Record, 2006.

GUTKIND, E. A. *Our world from air: conflict and adaptation*. In Thomas, Jr. W. L., (editor): *Man's role in changing the face of the Earth*, The University of Chicago Press. Chicago, 1956.

HUNT, E. K. *História do pensamento econômico: uma perspectiva crítica*. 2ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

IANNI, O. *Teorias da globalização*. 3ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1996.

JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI (Orgs.). *Interdisciplinaridade: para além do sujeito*. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

JUNIOR, J. C. *Subsídios para a Matéria Médica e Therapeutica das Possessões Ultramarinas Portuguezas*. Lisboa: Editora Typographia da Academia Real das Ciências, 1905.

LACAZ, C. S.; BASRUZZI, R. G. & SIQUEIRA, W. (org.) *Introdução à geografia médica do Brasil*, Editora Edgar Blücher, Edusp, 1972.

LAPLANTINE, F. *Anthropologie de La Maladie*. Paris: Editora Payot, 1986.

_____. *Aprender Antropologia*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1988.

LEFF, E. *Epistemologia Ambiental*. São Paulo: Editora Cortez, 2001.

LEFEBVRE, H. *A Revolução Urbana*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004.

Ki-ZERBO, J. *História Geral da África*. v. IV. São Paulo: Ed. Ática/UNESCO, 1985.

MACHADO, A. M. *Companhia Caminhos de Ferro de Benguela: uma experiência de colonização em Angola*. Lisboa: Ed. Tipografia Rosa Limitada, 1947.

MATOS, P. F. *Das Areias e Mangais Nasceu... a Cidade do Lobito*. Lisboa: Ed. Minigráfica, Cooperativa de Artes Gráficas, SCARL, 1980.

_____. *As Origens da Baía do Lobito*. Lisboa: Ed. Minigráfica , Cooperativa de Artes Gráficas, SCARL, 1985.

MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MEDRONHO, R. A. (Org.). *Epidemiologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

MEGALE, F. J. (Org.). *Max Sorre: Geografia*. Coleção grandes cientistas sociais, n° 46. São Paulo: Editora Ática, 1984.

MERCIER, P. *História da Antropologia*. São Paulo: Ed. Moraes, 2003.

MORAES, A. C. R. *Ideologias Geográficas: espaço, cultura e política no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec, 1988.

_____. *Geografia: uma pequena história crítica*, 3ª ed. São Paulo, Editora Hucitec, 1984.

MOREIRA, R. *O que é Geografia*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1985.

NASCIMENTO, J. P. *Colonização do Planalto de Benguela*. Lisboa: Editora J Rodrigues & Editores, 1913.

OLIVEIRA, M. A. F. *Reler África*. Coimbra: Ed. Centro de Estudos Africanos do Instituto de Antropologia da Universidade de Coimbra, 1990.

PAVLOVSKY, Y. N. (org.) *Human diseases with natural foci*. Moscou, Foreign Languages Publish, 1956.

PHILIPPI, Jr. & PELICIONI, M. C. F. (org.) *Educação Ambiental e Sustentabilidade*. In: *Epidemiologia Aplicada à Educação Ambiental*. Barueri, São Paulo: Manole, 2005.

RASGADO, F. *Mente Violentada*. Benguela. Editora Offsetografia LTDA., 1996.

REGO, S. A *Dupla Restauração de Angola. 1641–1648*. Lisboa: Agências Gerais das Colônias MCMXLVIII, 1953.

RIBEIRO, H. (Org.). *Olhares Geográficos: meio ambiente e saúde*. São Paulo: Editora Senac, 2005.

ROQUE, B. A. *Breves Considerações Sobre a Colonização do Bocoio*. Benguela: Tipografia Paris, 1922.

ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

SABROZA, P. C.; LEAL, M. C. *Saúde, ambiente e desenvolvimento. Alguns conceitos fundamentais*. In: *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento: uma análise interdisciplinar*. Rio de Janeiro. ABRASCO/São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

SANTOS, J. M. P. *Gestão Ambiental para internacionalização das Empresas Angolanas*. Lisboa: Editora NORPRINT, 1997.

SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A. (org) *O espaço interdisciplinar*. São Paulo, Nobel, 1989.

SANTOS, M. *Por uma outra globalização*. São Paulo: Ed. Record, 2000.

_____. *Metamorfoses do espaço habitado*. São Paulo: Editora Hucitec, 1988.

_____. *Espaço e método*. São Paulo, Nobel, 1985.

SIMIELLI, M. E. *Geoatlas*. São Paulo: Editora Ática, 2007.

SCHNEIDMAN, W. W. *Confronto em África: Washington e a Queda do Império Colonial Português*. Lisboa: Ed. Tipografia Lousanense Ltda., 2005.

SORRE, M. *Fundamentos Biológicos de la Geografía Humana: Ensayo de una Ecología Del Hombre*. Barcelona: Ed. Editorial Juventud, 1955.

_____. *Les migrations des peuples*. Paris, Flammarion, 1955.

TITIEV, M. *Introdução à Antropologia Cultural*. Lisboa: Ed. Fundação Calouste Gulbenkian, 2005.

VALVERDE, F. (Org). *A Terra Gasta – A Questão do Meio Ambiente*. São Paulo: EDUC – Editora da Pontifícia Universidade Católica – PUC – SP, 1992.

VICENTE, S. *Angola e África do Sul*. Luanda: Ed. Litotipo, 1992.

TESES/ DISSERTAÇÕES/ MONOGRAFIAS

CARVALHO, M. B. *Da antropogeografia do final do século XIX aos desafios transdisciplinares do final do século XX: o debate sobre as abordagens integradas da natureza e cultura nas Ciências Sociais*. 1998 (Tese de Doutoramento em Ciências Sociais: PUC/SP.).

MAKUÉDIA, J. S. *Reflexões sobre políticas sociais de enfrentamento a pobreza: o caso de Angola.* 2002. (Dissertação de Mestrado – Serviço Social – PUC/SP).

MEGALE, J. F. *Geografia e Sociologia. Introdução ao estudo de Marx* Sorre. 1979. (Tese de Doutorado, F.F.C.H., USP/SP).

MANOEL, V. *Reabilitação Urbana e Ambiental de Lobito e Benguela: um desafio para República de Angola,* 1999. (Dissertação de Mestrado, Economia Política: PUC/SP).

_____. *A Radiografia Epidemiológica da Tuberculose na Cidade de São Paulo: um estudo de Geografia Médica.* 1992. (Monografia. PUC/SP).

RAUL, G. B. *O transbordar do Hospital pelas cidades: tecnologia, saúde e produção do espaço.* 1994. (Dissertação de Mestrado. F.F.C.H., Geografia, USP/SP.).

_____. *Saúde Pública e Política Urbana: minoria e imaginário social.* 2000. (Tese de Doutorado. F.F.C.H., Geografia, USP/SP.).

SOBRAL, H. *Poluição do ar e Doenças Respiratórias em Crianças da Grande São Paulo: um estudo de Geografia Médica.* 1988. (Tese de Doutorado, F.F.L.H., USP/SP.).

ARTIGOS

BARRET, F. A. 'SCURVY' Lind's Medical Geography. Soc Sci Med.: v. 33, p.347-353, 1991.

FERREIRA, C. M.E.M. C "Doenças Tropicais": o clima e a saúde coletiva. Alterações climáticas e a ocorrência de Malária na área de influência do Reservatório de Itaipu, PR. Revista Terra Livre, São Paulo, ano 19 v. I, nº 20, p. 179- 191, jan./jul., 2003.

FEACHEM, R. G., GRAHAM, W. J., TIMAEUS, I. M. Identifying Health problems and Health research priorities in developing countries. J. Trop. Med. Hig., v. 92, p.133-191, 1989.

FORATTINI, O. P. "Limitações" da teoria ecológica da saúde e doença. Rev. Saúde Pública. São Paulo, 24:94, 1990.

GERARDI, L. H. O., Espaço, Lugar e Região: Rumo a uma Geografia regional transformada. Geografia. UNESP, Campus Rio Claro, p. 194-199, out., 1985.

MANOEL, V. Gestão Ambiental Municipal. Revista Ciência Geográfica. ano IX, v. IX, nº. 3. Ensino, método e pesquisa. Bauru: set./dez., 2003, p. 263-271.

MENDONÇA, F. A. – Aspectos da Interação Clima – Ambiente Saúde Humana: da relação sociedade natureza à (in) SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL. Revista RA'EGA. Editora UFPR: Curitiba, nº 4, p. 85-99, 2000.

ROJAS, L. I., *Geografía y salud: Temas y perspectivas em América Latina*. Cadernos de Saúde Pública, São Paulo: 14: 701-711, 1998.

SILVA, L. J., *O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas*. Cadernos de Saúde Pública, 13:585-593, 1997.

REVISTAS

ANGOLA HOJE. *Angola e China apostam no desenvolvimento sustentável: o brilho dos diamantes no rico solo angolano. Palancas fazem honrosa participação na Copa do Mundo*. ano 5, nº 26, mai. /jun., 2006.

BOLETIM Nº 7. Agência Geral das Colónias. *A Fundação da Cidade de Huambo*. Lisboa, 1926.

BOLETIM Nº. 8. Agência Geral das Colônias. *O avanço da C.F.B*. Lisboa, 1926.

BOLETIM Nº. 9. Agência Geral das Colônias. *O Balanço Sanitário de Angola*. Lisboa, 1926.

BOLETIM PAULISTA DE GEOGRAFIA nº 76-50 anos. *Gestão em Bacias Hidrográficas urbanas para superação de comprometimento ambiental*, In Mello N. A. São Paulo: AGB – dez, 1999.

PARASSITOLOGIA. Rivista quadrimestrale dell'Università di Roma "La Sapienza". *Organo Ufficiale della Società Italiana di Parassitologia-in questo fascicolo: Malaria and Ecosystems: Historical Aspects*. v. 36, nº1-2, ago., 1994.

PARASSITOLOGIA. A publication of the University of Roma "La Sapienza". Official Journal of the Italian Society of Parasitology. *Strategy Against Malaria– Eradication or Control? Ufficiale della Società Italiana di Parassitologia-in questo fascicolo: Malaria and Ecosystems: Historical Aspects*. V. 40, nº 1-2, jun., 1998.

REVISTA PRUALB PRESS. *Poemas: Benguela*. Carlos Balão. Benguela: Editora Offsetografia Ltda., Angola, p. 26, 1997.

SOCIEDADE DE GEOGRAFIA DE LISBOA. III Congresso Colonial Nacional de 8 a 15 de maio de 1930. *Actas das Sessões e teses*, Tip. E Pap Carmona, Lisboa 1934.

UNAVEM NEWS. *The Magazine of the United Nations Angola Verification Mission*. Issue, nº 4, july, 1996.

ANEXOS:**ANEXO A:**

QUESTIONÁRIO APLICADO À POPULAÇÃO DE LOBITO, BENGUELA E PRINCIPAIS CUSTOS.

ANEXOS:**ANEXO B:****MAPA 02 - MAPA DOS AVANÇOS EM ANGOLA.**

ANEXOS:**ANEXO C:****MAPA 06 – MAPA DAS FERROVIAS DE ANGOLA.**

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)