

CAP. XII

SAÚDE E NUTRIÇÃO

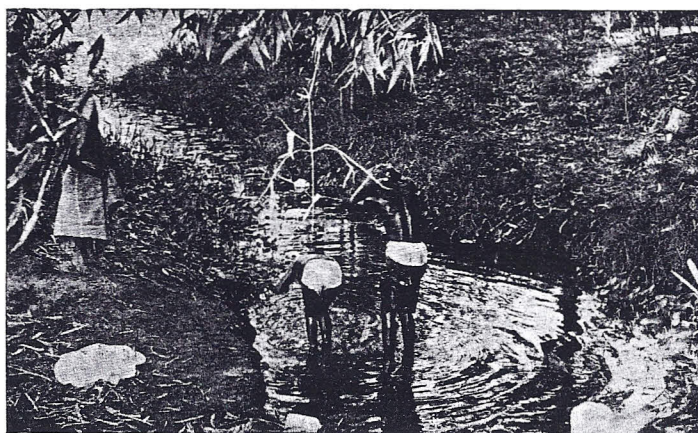
Uma análise precisa do estado de saúde da população africana, exigiria, como é óbvio, um inquérito sistemático realizado por especialistas, inquérito que levasse em consideração as indicações fornecidas pelas autoridades sanitárias, as condições de higiene do meio ambiente, as características da alimentação, etc. A grande extensão do nosso questionário e a circunstância do assunto ter, em data relativamente recente, merecido especial atenção por parte da qualificada socióloga que colaborou no inquérito efectuado em 1957 pela Brigada de Prospecção de Tumores Malignos, levou-nos a excluir perguntas sobre as atitudes em relação às doenças, à medicina moderna, às maternidades e hospitais, e, enfim, aos métodos tradicionais para tratamento das enfermidades. Não deixámos de indagar, no entanto, o problema da alimentação.

Tanto quanto pudemos avaliar pelos elementos consultados, a situação sanitária da população africana urbanizada apresenta, em comparação com a rural, aspectos quer desfavoráveis quer favoráveis.

Entre os primeiros está o facto da maioria dessa população habitar aquela parte da cidade preferida pelos economicamente débeis e caracterizada por uma deficiente infraestrutura sanitária e higiénica de que também são vítimas os não africanos. Um inquérito realizado pela Assistência Pública entre 109 agregados familiares de europeus, mistos, asiáticos e assimilados residentes no Bairro do Xavane (situado entre a Av. Craveiro Lopes, a Av. Sá da Bandeira, o Bairro Popular da Munhuana, a linha férrea e a estrada do Xipamanine) encontrou: 99 % sem energia eléctrica; 88,9 % sem água canalizada, 99 % utilizando, como cozinha, um alpendre exterior construído de caniço e capim; 76 % dispondo no quintal de um recinto, cercado a caniço, para banhos e latrina e, enfim, apenas 3,7 % das moradias possuindo fossa séptica. Em 1962 um inquérito realizado pelo mesmo organismo entre 596 agregados não africanos residentes no Chamanculo obteve os seguintes resultados: apenas 6,4 % e 11,8 %, respectivamente, viviam em casas de alvenaria e dispunham de energia eléctrica; 65 % buscavam a água em fontenários públicos ou compravam-na

aos que beneficiavam de distribuição ao domicílio; 97,5 % cozinhavam num coberto de zinco ou caniço no quintal; 97,7 % das moradias não tinham fossa, utilizando quer o balde para dejectos removido pela municipalidade quer o habitual recinto vedado a caniço, com coval, recinto utilizado também para banhos.

Outro factor desfavorável radica-se na circunstância de parte dos subúrbios — a chamada Zona das Lagoas — ocupar uma extensa depressão de terreno, sem possibilidades de escoamento, constituída por 12 hectares alagados e 73 alagáveis. Esta última porção, onde foram edificadas milhares de moradias incluindo as do Bairro Popular da Munhuana, encontra-se



Banho em águas poluídas

sujeita a frequentes inundações, dependentes da pluviosidade. Parte deste pântano vem sendo aterrada com os lixos removidos pelo município o que não deixa de trazer inconvenientes, sendo o principal a proliferação de ratos. As águas acumuladas por largo espaço de tempo, fedorentas e poluídas pelos lixos e dejectos oferecem condições óptimas para a propagação de mosquitos e constituem foco das mais diversas doenças, apesar dos cuidados das autoridades sanitárias.

Grande número de moradias oferecem insuficiente abrigo contra as intempéries e encontram-se infestadas de parasitas e roedores, verificando-se frequentemente a própria deterioração dos primitivos padrões

habitacionais das comunidades tradicionais, o que é, sem dúvida, responsável por elevado número de afecções respiratórias.

A ignorância ancestral em matéria de causalidade das doenças é, naturalmente, a grande culpada das condições actuais. Junod (52, II, p. 457) lembra justamente: «Possuindo noções de anatomia e de fisiologia tão restritas e inexactas, não é de espantar que os Bantos do sul da África careçam totalmente dum conhecimento correcto da patologia. O seu saber é, simultaneamente, superficial e supersticioso». No histórico retardo dos africanos se radica, de facto, o descaso que continuam a manifestar em relação aos mais elementares preceitos de higiene e profilaxia. Os detritos não são enterrados, encontrando-se por toda a parte montureiras onde fervilham moscas. A defecação é, frequentemente, feita ao ar livre. Apesar da existência de fontenários, é, por vezes, usada em lavagens água imprópria, como acontece em relação ao caudal, de proveniência desconhecida, que jorra nos terrenos adjacentes à rotunda onde termina a Avenida 24 de Julho. Têm grande procura as tripas de cheiro nauseabundo que, transportadas em asininos, são oferecidas por vendedores ambulantes. Grupos de crianças brincam constantemente na lixeira municipal ou nas águas estagnadas das cercanias. Bebidas e géneros alimentícios deteriorados são, de tempos a tempos, causa de graves intoxicações, como o *uputso* consumido durante uma festividade familiar, em princípios de Novembro de 1967, que provocou três mortes.

Estritamente relacionadas com as sobrevivências da cultura tradicional no meio urbano, estão, naturalmente, as consultas aos *tinganga* (pl.) (curandeiros que conhecem o valor terapêutico de plantas medicinais) e aos *bangoma* (pl.) (médicos-mágicos que recorrem frequentemente à magia e a práticas exorcistas).

A magia — que demonstra notáveis faculdades de adaptação às condições modernas — guarda muito do seu antigo prestígio e continua capaz de dar ânimo e segurança para enfrentar os perigos ameaçadores do meio urbano. Nos momentos mais decisivos, como a morte e a doença, é na magia que bastantes africanos buscam socorro. Não é para admirar que as doenças graves e prolongadas, sobretudo as de origem desconhecida, sejam atribuídas a práticas de magia negra por parte de inimigos ou rivais. Esta crença é responsável pela preferência manifestada, em certas circunstâncias, pelos medicamentos e tratamentos mágicos. Muito embora seja reconhecida a eficiência da moderna medicina, admite-se a sua impotência para contra-atacar as doenças de origem presumivelmente mágica. H. Flegg (36), após o seu inquérito, concluiu ser difícil apurar a medida em que os doentes africanos ainda recorrem a curandeiros e médicos-

-mágicos; o carácter ilegal das suas actividades dá como resultado que sejam exercidas clandestinamente. Ainda recentemente, em Setembro de 1967 foi condenada a seis meses de prisão, pelo Tribunal do 1.º Juízo Criminal, por práticas de medicina ilegal, uma das mais conhecidas *tinganga* dos subúrbios, Amélia Cumba, que há mais de dez anos exercia a sua profissão. É curioso notar que, no mercado municipal do Xipamanine, aparecem expostos à venda vários artigos necessários à actividade médico-mágica. Mas o mais seguro indício da importância que no meio urbano ainda possui a medicina tradicional é fornecida pelo número de médicos-mágicos identificados, só na área de Lourenço Marques, pelo comissário Mário Figueira que ao estudo do problema tem dedicado considerável atenção: recenseou até ao presente um pouco mais de mil, sendo cerca de 60 % do sexo feminino.

Mais pelo carácter anedótico do que pelo significado, não resistimos a citar as respostas dadas à pergunta «que diferença encontra entre os tratamentos do médico e do curandeiro?», apresentada em 1967 pelo Instituto de Orientação Profissional, a 107 pretendentes à admissão na Escola de Enfermagem dos Serviços de Saúde e Assistência, todos eles habilitados com a instrução primária e naturais do Sul do Save:

O médico estudou e cura e o curandeiro não estudou e muitas vezes mata	16
O médico preparou-se e receita por medida	13
O médico trata aquilo que é verídico; o curandeiro não tem fundamento	13
Não sei se há alguma diferença porque nunca consultei os curandeiros	11
O médico faz os possíveis por curar; o curandeiro, para ganhar, faz com que as pessoas fiquem mais tempo doentes	10
No médico os tratamentos são feitos cientificamente; no curandeiro são feitos de maneira grosseira e rude	6
O médico dá receitas e o curandeiro não	6
O curandeiro não sabe operar	6
Não responderam	5
O médico não mente e o curandeiro mente	4
Não há qualquer diferença	3
O médico utiliza material limpo; no curandeiro apanham-se infecções devido à ferrugem	3

O médico usa aparelho de auscultar e o curandeiro não usa	1
O curandeiro confia nos demónios e o médico trabalha com aquilo que aprendeu	1
O curandeiro diz saber tudo mas, na verdade, nada resolve	1
O curandeiro pode ter bons remédios mas não sabe calcular as doses e mistura as curas com espiritismo	1
O médico trata confiando em Deus e nos medicamentos; o curandeiro trata confiando só nas drogas e nos deuses	1
O médico tem em seu poder tudo quanto precisa de moderno; o curandeiro tem que inventar remédios	1
O curandeiro não examina o doente	1
O médico não atribui culpas aos maus espíritos	1
Os curandeiros têm feitiços e os médicos têm remédios	1
Nunca fui ao curandeiro porque é pecado	1
Os curandeiros dão-nos às vezes cura e os médicos não	1

Segundo uma das conclusões de H. Flegg, as mulheres não recorrem, na mesma proporção do que os homens, à moderna assistência médica. Uma residência mais prolongada no meio urbano não resulta, necessariamente, num recurso mais frequente a esse tipo de assistência. Recordou, justamente, que, entre os homens é muito maior a proporção de assalariados e que muitas entidades patronais são obrigadas a prestar assistência médica aos seus trabalhadores rurais. Podem encontrar-se explicações prováveis do fenómeno citado por aquela socióloga quer na inferior posição social e económica das mulheres, quer no seu analfabetismo e na sua menor integração nos valores da técnica e da ciência. Todavia, o grau de influência destes factores apenas se pode conjecturar.

Por nosso lado diremos ter observado suficientes indícios de que, em comparação com os rurais, as africanas urbanizadas demonstram mais acentuado interesse pela moderna assistência médica: por exemplo, apesar de em Lourenço Marques residirem apenas 2,3 % de todas as mulheres de Moçambique que se encontram no período fecundo (14 aos 44 anos) o Hospital Central Miguel Bombarda apresentou por si só 20 % de todos os partos registados nas maternidades dos Serviços de Saúde e Assistência.

As deficiências nutritivas representam outro factor desfavorável, herdado também das condições ancestrais, onde as fomes eram endémicas, conforme referimos em outra obra (84). Mesmo nas épocas de abundância,

a alimentação era monótona, com pouca diversidade de géneros, baseada no milho, na mapira, na mandioca e na batata-doce, produtos ricos em hidratos de carbono que poderiam satisfazer sob o ponto de vista quantitativo, mas nunca no aspecto qualitativo. Acresce que, nas condições urbanas, certos alimentos tradicionais de maior valor nutritivo deixaram de ser utilizados quer por não serem produzidos em escala suficiente que permita o abastecimento do mercado potencial, quer por terem sido voluntariamente substituídos por outros considerados mais saborosos e de



Dispensário de Puericultura do Bairro Popular de Munhuana

mais fácil obtenção. É o caso das leguminosas, os feijões conhecidos por *tichumba*, *nhemba* e *ticochane* tão ricos em proteínas, vitamina B e sais minerais. Deixou igualmente de poder contar-se com as ilimitadas quantidades de frutos silvestres como a *macuácu* (*strychnos innocua*), a *mafurra* (*trichilia roka*) e a *massala* (*strychnos spinosa*). Também se não pode recorrer à carne de caça e desses pequenos animais silvestres que, no

meio rural, forneciam e ainda fornecem um importante contributo de proteínas.

Na cidade, podem considerar-se como normais três refeições diárias: matabicho (5,30 às 6,30 h), almoço (12 às 13 h) e jantar (19 às 20 h). A refeição matinal é normalmente constituída por chá, açúcar e pão ou, com menor frequência, pelas tradicionais papas de milho com açúcar. No almoço e jantar entram dois componentes principais: a farinha de milho ou o arroz cozido e o caril ou molho, em cuja preparação se recorre ao amendoim, peixe, carne, folhas de leguminosas, tomate, cebola, alho e piri-piri. Na preparação da papa de milho, a farinha, depois de humedecida, é lançada em água fervente, adicionando-se progressivamente até o conjunto ficar com um grau de consistência suficiente para que a cozedura se processe em boas condições. Na preparação do arroz, este, depois de lavado é, em quantidade apropriada, também lançado em água a ferver. Após dez minutos despeja-se o líquido em excesso e conclui-se a cozedura a fogo brando, de modo a ficar seco e solto. Na preparação do caril, ao amendoim ou óleo aquecido juntam-se os condimentos acima referidos, sendo o peixe, a carne e os vegetais oportunamente adicionados com uma porção conveniente de água.

Estas refeições não são, todavia, tomadas com regularidade: apenas 13 % dos nossos inquiridos declararam beneficiar de três refeições; 76 % limitavam-se a duas e 11 % simplesmente a uma. Há razões para crer que a situação dos seus dependentes fosse ainda menos favorável. Elevada proporção de indivíduos afirmaram não se alimentar suficientemente (83 %). Apenas 3 % declararam consumir, por semana e por membro de família, pelo menos 1 quilo de carne. As carências são especialmente agudas naquele período de penúria em que o salário está prestes a esgotar-se ou se encontra completamente esgotado, tornando necessário o recurso a adiantamentos ou empréstimos.

Apesar destas carências não se pode dizer que a população africana se encontre num estado generalizado de subnutrição. As autoridades médico-sanitárias pronunciam-se, no entanto, pela existência de uma mal-nutrição acentuada devida aos desequilíbrios dietéticos provenientes da completa ignorância do valor energético dos alimentos, exemplificada pela preferência dada aos refrigerantes em detrimento dos lacticínios.

A este propósito, vamos apresentar as respostas fornecidas pelos citados pretendentes à admissão na Escola de Enfermagem, a esta pergunta: «Que género de alimentação prefere?». Fazêmo-la em primeiro lugar porque não procurámos colher elementos sobre as preferências alimentares e em segundo lugar porque as respostas picarescas exempli-

ficam a frequente inutilidade dos questionários escritos apresentados aos africanos. Ei-las, dispostas por ordem decrescente :

Europeia	26
Mista	15
Hortalças	3
Carne, arroz, legumes, frutos	7
Cafreal	6
Arroz e batata	5
Carne	5
Arroz e papa grossa	4
Qualquer, desde que não seja indigesta	4
Milho, arroz, pão, carne e fruta	3
Arroz com feijão	3
Não responderam	3
Hortalça, frutos e carne	2
Couve, arroz e hortalças	2
Batata, arroz, mandioca e milho	2
Peixe frito com batata cozida	2
Sopa, arroz e caril	2
A que estiver de acordo com o clima	2
Fruta	2
Alimentação vegetal, batatas e peixe	1
Carne, papa e hortalças	1
Legumes e peixe	1
Sopa de legumes e pastéis de bacalhau	1
Prefiro uma comida boa	1
Qualquer	1

Tanto quanto apurámos, a situação alimentar dos africanos residentes em Lourenço Marques foi objecto apenas de um inquérito sistemático e científico, realizado em 1959 pelos serviços competentes. Concluiu-se que, entre as famílias cuja alimentação havia sido cuidadosamente analisada, se cifrava em níveis geralmente baixos a quantidade de calorias consumidas, com agravamento em relação às mulheres, aos adolescentes e às crianças dos 10 aos 12 anos de idade. O consumo de proteínas, embora também inferior às necessidades normais, situava-se em nível mais elevado do que o de calorias, sendo especialmente atingidas pelas carências proteicas as mulheres e as crianças. No que concerne o consumo de sais minerais, notou-se geral deficiência de cálcio e baixos quantitativos de

ferro e fósforo. Relativamente às vitaminas apurou-se haver consumo deficiente das vitaminas A, B₂ e C em toda a população inquirida. O consumo das vitaminas B₁ e PP apresentava-se mais satisfatório, situando-se em nível ligeiramente inferior às necessidades.

Afigura-se-nos que o problema nutritivo se reveste de considerável complexidade, não sendo as simples observações médicas suficientes para a sua correcta formulação e compreensão. Os seguintes aspectos sociais e psicológicos merecem especial atenção :

a) Os celibatários (cujo número é, como vimos, relativamente elevado) têm dificuldade em conseguir quem lhes prepare os repastos;

b) O desinteresse ou a impossibilidade de muitas mulheres cultivarem a machamba tradicional coloca os respectivos agregados familiares numa dependência total em relação à economia monetária, acentuando o défice dos orçamentos domésticos e contribuindo para a sub-nutrição. A fracção dos géneros adquiridos em estabelecimentos comerciais, mercados, tendas e vendedores ambulantes, é muito superior à proveniente das pequenas culturas ou das remessas enviadas pelos parentes rurais;

c) As mulheres, quando anseiam libertar-se de parte das esmagadoras tarefas que tradicionalmente lhes cabem, conseguem desempenhar papel importante na modificação dos hábitos alimentares;

d) Os homens, alegando que os encargos familiares são cobertos pelo seu trabalho, julgam-se no direito de se alimentarem melhor do que os seus dependentes, atitude muito generalizada em África (46, p. 344);

e) A modificação dos gostos e das preferências (bolos, doces, chá, cerveja, refrigerantes) conduz a deficiências correntes e à repartição desequilibrada das dietas.



Outro factor prejudicial é representado por um ambiente especialmente favorável à patologia hepática.

A incidência entre os africanos do sexo masculino do carcinoma primitivo do fígado é das mais elevadas da humanidade (seis vezes superior à de Joanesburgo), cabendo-lhe cerca de 50 % de todos os tipos de tumores. Para apurar as razões deste fenómeno foi decidido criar a Brigada de Prospecção de Tumores Malignos que, de Abril de 1956 a Abril de 1961, levou a efeito uma investigação sistemática e intensiva entre a população africana, não tendo, porém, atingido resultados concludentes. Presente-

mente suspeitam os micologistas que a ingestão de alimentos biologicamente alterados por um fungo que ataca os cereais, o amendoim e diversas leguminosas, é responsável por este processo de excepcional cancerização hepática. O calor e o teor elevado de humidade são elementos que concorrem para o rápido desenvolvimento do referido fungo, variando a toxicidade com os métodos de colheita, secagem, armazenagem e transporte do amendoim.

Merece também referência o abscesso hepático provocado por uma das complicações possíveis da disenteria amebiana. O parasita, normalmente inócuo, pode, em casos especiais, assumir comportamento agressivo. Ignoram-se os factores exactos que condicionam esta mudança nos hábitos da amoeba, parecendo que as alterações da flora intestinal desempenham papel importante, sendo exacerbadas, pelo calor, a humidade, os inferiores padrões sanitários e as dietas tão abundantes em glicídeos como escassas em proteínas.

Podemos também aludir à epidemia de hepatite infecciosa que em 1963 se declarou nos subúrbios da capital. Doença desde há muito endémica nunca havia assumido, no entanto, tamanhas proporções. As autoridades sanitárias concluíram que o facto da população viver aglomerada e em condições de fácil contágio era agravado com o incessante afluxo de rurais sem passado ou presente de hepatite e, por conseguinte, mais receptivos à doença que confere aos infectados uma imunidade segura em 90 % dos casos. Foi considerada de declaração obrigatória a partir de 25 de Janeiro de 1964, tendo sido registados nesse ano, apenas em Lourenço Marques, 1049 casos e 44 óbitos.

Por ordem da sua importância indicamos as dez lesões principais em autópsia encontradas em 2044 africanos falecidos em Lourenço Marques (92):

Tuberculose	429
Carcinoma primitivo do fígado	222
Afecções cardio-vasculares	175
Mal-nutrição e toxicose	156
Neoplasias malignas (não do fígado)	150
Afecções respiratórias, sobretudo pneumonias e bronco-pneumonias	125
Malária	119
Afecções renais	94
Meningite purulenta	94
Politraumatismos	75

Estas lesões, por conseguinte, apresentaram-se como principais em 80 % das autópsias.

As condições que citámos provocam uma mortalidade indubitavelmente superior: da consulta dos elementos estatísticos existentes se infere que faleceram sete vezes mais africanos (*) do que europeus, embora os primeiros, no conjunto da população urbana, sejam apenas três vezes superiores em número aos segundos.

No capítulo da morbilidade mental, há a observar entre os africanos, além da raridade dos casos de esquizofrenia e de psicose maniaco-depressiva, a absoluta predominância da epilepsia, dos acessos psicóticos e das psicoses exógenas derivadas dos factores desfavoráveis do meio como infecções, traumatismos, intoxicações, etc. (72) (**).

Estes factores desfavoráveis que afectam as condições sanitárias da população africana vêm, no entanto merecendo crescente atenção por parte das autoridades competentes.

(*) Ao contrário do que sucede no meio rural, os óbitos são regularmente comunicados às autoridades. Não é de estranhar que nas estatísticas o concelho de Lourenço Marques surja com cerca de 1/3 do total dos óbitos africanos registados em Moçambique.

(**) Esta referência às doenças mentais não é tão deslocada como parece. É inteiramente erróneo considerar como quase inexistentes as doenças mentais entre os africanos. Há quem suponha que esta feliz circunstância se deveria à simplicidade das culturas tradicionais, à solidoriedade clânica e tribal, ao apoio da família extensa e à abundância de recursos naturais, tudo conduzindo a uma existência afectivamente estável, edílica e sem atritos, no meio de danças, caçadas e conversas com os amigos por horas esquecidas, ao redor da fogueira ou do pote de cerveja cafre. Essa existência paradisíaca seria radicalmente diferente do viver agressivo, angustiado e impessoal das modernas sociedades industriais em que o indivíduo se sente constantemente oprimido por mil e uma tensões derivadas da complexidade crescente do ambiente social e do equipamento mecânico de que se circunda, aliada a instantes dificuldades económicas que envenenam o dia a dia.

Ora a verdade é que todos os etnólogos são forçados a reconhecer a utopia desta imagem do «feliz primitivo». O africano vive, na sua comunidade tradicional, no meio de uma rede complexa e infernal de observâncias, de rituais e de tabus, sob permanentes ameaças providas de iracundas e vingativas entidades sobrenaturais e, o que é pior, sob a constante maledicência e inveja despeitada dos seus familiares e vizinhos. Essa comum peculiaridade das sociedades africanas, as acusações de feitiçaria, que levavam a condenar à morte e ao ostracismo tantos inocentes, constitui a prova mais cabal dessas tensões e desses conflitos.

As particularidades culturais há a acrescentar uma gama pavorosa de doenças tropicais que minam a generalidade da população desde a mais tenra infância e que

A drenagem da Zona das Lagoas preocupa profundamente a Câmara Municipal mas só poderá ser feita quando entrar em execução o Plano Geral de Saneamento da cidade, que, por sua vez, se integra no Plano de Urbanização ainda em fase de estudo. Calcula-se que o primeiro importará entre 200 000 a 250 000 contos, compreendendo-se nele a construção de um grande colector que lançará as águas escoadas, por gravidade, no Vale do Infulene donde desaguarão no mar, colector que se presume exigir um dispêndio de 70 000 contos, se se incluírem as expropriações, os arruamentos, as obras de arte e os movimentos de terras. Entretanto procede ao aterro, com lixos, de parte dessa zona pantanosa.

Em 1967 iniciou a municipalidade a remoção mecânica dos lixos dos bairros suburbanos, depois de criar locais certos para despejo, acessíveis às viaturas e máquinas. Além disso os arruamentos passaram a ser percorridos por brigadas que com ancinhos recolhem os detritos. Estas medidas

não podem deixar de repercutir-se na saúde psíquica dos indivíduos. Sem dúvida que também a mal-nutrição milenária contribui para o aumento das doenças mentais.

Acontecia, no entanto, que nessas sociedades, desempenhavam muitas vezes os psicopatas funções específicas. Eram os que, no meio do temor ou da passividade geral, caíam em possessão, ou garantiam possuir excepcionais poderes mágicos e divinatórios, ou se afirmavam capazes de dialogar com os antepassados-deuses, ou se apresentavam aos parentes atônitos como reencarnações de defuntos, ou que eram considerados como portadores do espírito de animais tutelares, ou se agrupavam em sociedades secretas de homens-leões ou homens-leopardos para se entregarem a práticas canibalistas.

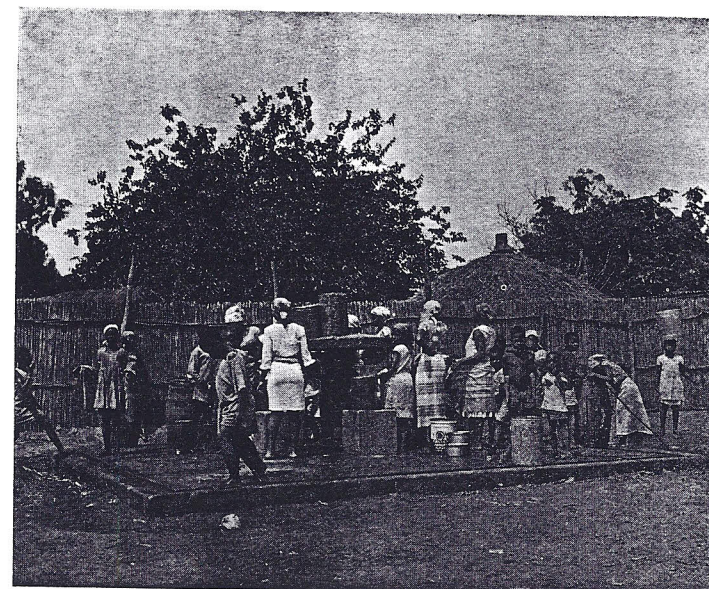
Não surpreende que após um inquérito realizado entre os Yoruba da Nigéria, dois psiquiatras, um americano e outro africano, hajam concluído que 16 % da população sofria de distúrbios mentais. 59 % apresentavam sintomas de anormalidade, mas que os não impossibilitavam de trabalhar. Apenas nos restantes 25 % se encontravam ausentes os sintomas psiquiátricos. Não sem surpresa, deparou-se com numerosos casos de depressão.

Estes factos levam-nos a suspeitar que o autor referido no texto baseou as suas conclusões nos casos mais graves que chegavam ao conhecimento dos Serviços de Saúde.

Dados os indiscutíveis sucessos obtidos, na cura desses distúrbios mentais, por determinados médicos-mágicos, já algures se levantou a questão da sua utilização pelos serviços de saúde, frisando-se que em tais casos a arma mais eficaz é a fé que os pacientes depositam no tratamento que lhes é ministrado. E, de facto, numa experiência levada a efeito no hospital psiquiátrico de Aro, na Nigéria, em que se recorreu ao processo revolucionário de aproveitar os serviços dos chefes religiosos tradicionais, veio a constatar-se que desempenhavam papel importante na psicoterapia de certos doentes, com a vantagem enorme de os não separarem do meio onde normalmente viviam e de não haver, por conseguinte, dificuldades de readaptação.

encontraram pronta colaboração por parte da população, conseguindo-se melhorar o estado de limpeza. Foram assim diminuídas as possibilidades de doenças de carácter epidémico, sempre latentes na proliferação desses focos de infecção que constituíam os monturos dispersos por toda a parte.

A municipalidade mantém também um serviço de remoção domiciliária dos dejectos, por balde, mediante o pagamento duma taxa mínima. O número de baldes, que em 1951 era de 3524 atingiu em 1966 5268.



Fontenário Municipal

Para substituir as centenas de pequenos mercados clandestinos que se dispersam por toda a parte e cujas condições higiénicas são manifestamente deficientes, decidiram as autoridades camarárias proceder à construção de oito «mercados rurais», constituídos por pavilhões cobertos, dotados de bancas para a exposição de géneros frescos e dispendo de água canalizada e de sanitários para ambos os sexos.

Ainda que sujeita a restrições durante o verão, restrições que acarretam prejuízos consideráveis à população africana, é no fornecimento de água potável que a acção do município mais se tem feito sentir nos

subúrbios. Para o efeito construiu, embora em número insuficiente, marcos fontenários onde qualquer se pode abastecer gratuitamente. O consumo, que em 1958 foi apenas de 132 243 m³ atingiu em 1967, 370 843 m³. Mas a este há a acrescentar a água adquirida às cantinas. O transporte de água entre o fontenário mais próximo e os domicílios é normalmente feito pelas



Remoção mecânica de montureiras de lixo

mulheres e raparigas, com vasilhas transportadas à cabeça. Como em muitas outras regiões do Sul do Save, utilizam-se igualmente baris rolantes puxados por um varão de arame forte. Em 1967 os Serviços Municipalizados de Água e Electricidade iniciaram nos subúrbios a distribuição de água ao domicílio, por meio de um processo inédito e económico, em que é utilizada uma conduta de matéria plástica resistente, facilmente montável e desmontável. Pela instalação de uma torneira, um chuveiro e seis metros de tubo de 3/4" para ligação à referida conduta, cobram aqueles serviços 650\$00 a pagar em 18 prestações mensais. A tarifa é de 3\$00 o m³. O número de moradias beneficiadas orça pelas cinco centenas. Este sistema de adução

considera-se provisório e destina-se a ser substituído por uma rede definitiva logo que as zonas sejam beneficiadas pelo Plano de Urbanização.

Digno de nota na profilaxia dos subúrbios é o combate iniciado pela Campanha de Erradicação do Paludismo, o qual produziu excelentes resultados estabilizando a doença a um nível endémico baixo. Em 1966



Transporte de água em barril rolante

foram examinadas 11 261 lâminas de sangue colhidas na cidade, encontrando-se apenas 869 impaludados, isto é, 7,7 %. O principal problema com que depara este organismo na sua luta contra a malária é, naturalmente, o incessante afluxo de rurais provenientes de áreas fortemente infectadas. Na Pousada dos Caminhos de Ferro, habitada por trabalhadores migrantes, a percentagem de impaludados sobe para 27,8 %. Numa área rural típica, como a da Moamba, foram encontrados em 1967 50,7 % de impaludados. No combate ao mosquito tem colaborado activamente Brigadas da Delegacia de Saúde, com aspersões de D.D.T. e lançamento de óleo queimado sobre águas estagnadas.

Em 1968 o Serviço de Luta contra a Tuberculose iniciou a vacinação em massa, pelo método B.C.G., da população dos subúrbios com idade inferior a 21 anos; foram distribuídos panfletos explicando os perigos, forma de contágio e medidas necessárias para evitar a propagação da doença. Desde 1939 que trienalmente se procede à vacinação anti-variólica

da população urbana. Em 1962 a Delegação de Saúde tornou obrigatória a vacinação anti-poliomielítica para crianças dos 3 meses até aos 14 anos.

Duma maneira geral a população africana urbanizada beneficia do denso equipamento sanitário, quer em instalação quer em pessoal, que se acha concentrado em Lourenço Marques. Em 1966 42,5 % dos médicos e 30 % dos enfermeiros existentes em Moçambique prestavam serviço no Distrito de Lourenço Marques. O número de habitantes por médico era de 1300 nesse distrito e 16 800 na generalidade da Província. Em relação aos enfermeiros e auxiliares de enfermagem, semelhantes índices eram de 500 a 4300. O número de parteiras e auxiliares de parteira por 100 000 mulheres no período de fecundidade subia a 681 no distrito de Lourenço Marques e era apenas de 18,1 na totalidade da Província. O número de habitantes por cama de hospital era de 90,7 na área da Delegacia de Saúde da capital e de 589,8 na Província em geral. No mesmo ano o valor dos medicamentos, artigos de penso, material, etc. fornecidos pelos Serviços de Saúde foi de 10 090 contos nas farmácias do Hospital Central Miguel Bombarda e de 28 915 contos em todos os restantes estabelecimentos hospitalares da Província. Das 69 farmácias particulares existentes em Moçambique, 39 encontravam-se em Lourenço Marques. Embora os habitantes de Lourenço Marques representem apenas 4 % da população total da Província, ocuparam em 1966 uma parte desproporcionada da assistência prestada pelos Serviços de Saúde em todo o território moçambicano 55,4 % dos exames laboratoriais, 34 % das radiografias, 25 % das operações e 21,5 % de partos em maternidades. Estes números englobam doentes de todos os grupos raciais, cabendo aos africanos entre 70 e 80 %.

98 % dos inquiridos por H. Flegg (36), declararam que, quando doentes, procuravam tratar-se nos estabelecimentos hospitalares dos Serviços de Saúde ou em clínicas particulares. Esta socióloga procurou controlar a exactidão das respostas utilizando uma pergunta complementar: se já haviam alguma vez frequentado hospitais e, em caso afirmativo, se o fizeram voluntariamente. 83 % dos habitantes da «zona média», independentemente dos sexos, afirmaram ter recebido cuidados médicos.

No que concerne os aspectos favoráveis do regime nutritivo habitual, cremos merecerem menção especial quer a adopção generalizada desses elementos fundamentais da alimentação europeia que são o pão e o açúcar, quer a sobrevivência desses valiosos complementos que, nas condições tradicionais, constituíam as chamadas «bebidas cafreais».

Do mesmo modo que o açúcar e o arroz, o pão, devido ao preço acessível e à comodidade do seu emprego, deixou de ser considerado como azeite de luxo ou prestígio, mesmo pelas famílias de réditos inferiores

e, equiparando-se à farinha de milho como alimento básico, passou a ser usado cotidianamente embora a capitação do consumo seja reduzida: cerca de 180 e 130 gramas respectivamente para adultos e menores, de harmonia com os elementos obtidos pelo nosso inquérito, o que confere com o número de pães de 250 gramas diariamente fornecidos para os



Creche de Obra de Protecção à Infância

subúrbios, cerca de 120 000, segundo informações prestadas pelo Grémio dos Industriais de Panificação. Daí o alarme provocado em Novembro de 1967 pela decisão tomada colectivamente pelos cantineiros dos subúrbios após um aumento de \$10 introduzido no preço do pão pelo mesmo Grémio. Vendo o seu lucro de intermediários diminuído por se encontrar oficialmente fixado o preço de venda ao público, decidiram os cantineiros desinteressar-se desse ramo de negócio. Até o incidente ser sanado ficou a população dos subúrbios privada da possibilidade de adquirir pão nos estabelecimentos mais próximos da sua residência. Também se verificam, por vezes, outras irregularidades do abastecimento de géneros essenciais como a referente ao arroz ocorrido em Dezembro de 1968.

As chamadas «bebidas cafreais» continuam a ser altamente apreciadas até mesmo pelos próprios evoluídos. O Dr. Atouguia Pimenta (76), que em tempos fez delas um aturado estudo laboratorial, concluiu que o teor em vitaminas lhes concedia um valor particularmente importante. Os frutos utilizados na confecção do *ucanhe* (*Sclerocarya caffra*) e do *chicadju* (*Anacardium occidentale*), são reservatórios importantes do complexo B que, por ser solúvel, se encontra em grande quantidade juntamente com a provitamina A, a vitamina K, etc. A cerveja conhecida por *uputso*, confeccionada com farinha de milho, é rica em vitamina C, que se forma na germinação dos cereais. Todo este manancial vitamínico é enriquecido com as leveduras que fornecem quantidades notáveis do complexo B, vitamina PP, etc. Pena é, por conseguinte, que as duas primeiras bebidas possam ser consumidas apenas durante aqueles períodos limitados do ano que se seguem à frutificação. A repressão policial que vem sendo feita contra o uso destas bebidas tradicionais é, além de irracional, altamente prejudicial para as condições nutritivas da população africana. A importância de que se revestiam nas condições ancestrais infere-se dos rituais colectivos *kuluma* de que se cercava a preparação das primeiras bebidas, rituais que em parte sobrevivem, nomeadamente no que se refere ao *ucanhe* (*).

Para avaliar as relações que uma destas bebidas — a fabricada com farinha de milho — possa ter com o problema do alcoolismo, parece-nos de interesse fazer aqui referência a um inquérito de nível científico realizado no país vizinho (70). A pedido da Câmara Municipal de Joanesburgo que dispõe, para uso dos africanos, de diversas cervejarias onde é preparada e livremente vendida a cerveja cafreal, o «South African Council for Scientific and Industrial Research» efectuou, de 1959 a 1962, por uma equipa de especialistas, uma série de estudos psicológicos, nutritivos e sociológicos sobre o uso daquela bebida fermentada. Foram, no final, apresentadas as seguintes conclusões e recomendações:

- a) Não há razão para proibir e restringir, com base nos seus efeitos psicológicos e neuropsicológicos, o fornecimento de cerveja cafreal, a menos que a proibição e as restrições abranjam também as bebidas europeias, como o vinho e a cerveja comum;

(*) É curioso notar que, como em certas regiões da Metrópole, é crença popular estas bebidas terem melhor sabor quando bebidas por cabaças.

- b) As experiências efectuadas não forneceram provas concludentes de que o uso da cerveja cafreal produza efeitos directos e comensuráveis no nível da eficiência profissional;
- c) Meio galão de cerveja cafreal fornece aproximadamente 39 % das exigências diárias de um adulto em proteínas, além de ser uma fonte apreciável de vitaminas do tipo B;
- d) As cervejarias municipais desempenham funções sociais positivas como se infere dos seguintes factos:
 - bebiam de preferência cerveja cafreal a maioria dos homens que compunham a amostra estudada;
 - em comparação com os restantes bebedores, os frequentadores das cervejarias municipais:
 - gastavam menos em bebidas,
 - faziam menor uso das bebidas alcoólicas ilícitas altamente tóxicas preparadas por determinadas mulheres,
 - eram, em menor percentagem, clientes dos estabelecimentos que vendem bebidas engarrafadas, *bottle stores*;
 - As cervejarias municipais atraíam sobretudo trabalhadores não qualificados ou semi-qualificados, tanto do comércio como das indústrias, trabalhadores que as consideravam como substitutas das libações colectivas do meio tribal ou que graças a elas adquiriam hábitos novos, já próprios dos grupos urbanizados;
 - As classes economicamente menos favorecidas dispunham de poucos entretenimentos, dependendo consideravelmente das cervejarias municipais para efeitos de recreio;
 - As objecções das mulheres não eram dirigidas contra as próprias cervejarias mas contra o hábito de beber, que consideravam como atentório das suas funções de esposas, mães e donas de casa.