

AS RESPOSTAS À GRIPE ESPANHOLA EM MOÇAMBIQUE, 1918-1919

RESPONSES TO THE SPANISH FLU IN MOZAMBIQUE, 1918-1919

JÚLIO MACHELE¹

Data em que o trabalho foi recebido: **20/10/2024**

Data em que o trabalho foi aceito: **26/04/2025**

¹ Mestrando em História, Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC); Assistente, Departamento de História, Universidade Eduardo Mondlane (UEM), Maputo, Moçambique; E-mail: julio.machele@gmail.com ; Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9797-0577>

AS RESPOSTAS À GRIPE ESPANHOLA EM MOÇAMBIQUE, 1918-1919

RESUMO

Nos finais de 1918, Moçambique, como o resto do mundo, foi assolado pela gripe espanhola. As devastações desta pandemia se prolongaram até inícios de 1919. Nesta altura do flagelo, Moçambique era uma colônia de Portugal que se encontrava envolvido nas movimentações do exército no contexto da Grande Guerra a partir de 1916, ao lado da Inglaterra. O objetivo é contribuir na compreensão da resposta da autoridade colonial portuguesa e dos moçambicanos a esta pandemia. O argumento é de que a resposta das autoridades médicas foi condicionada pelos contextos colonial, Grande Guerra, estágio da biomedicina, fragilidade da rede sanitária, exiguidade do pessoal médico e recursos relacionados. Postula-se que o conjunto das medidas adotadas foram extemporâneas, daí a sua ineficácia para parar a propagação e as devastações causadas pela gripe espanhola. As medidas restritivas autoritárias impostas como proibição de reuniões, festejos, rituais religiosos, movimentações e a violência inerente não agiram sobre sujeitos passivos, tiveram pouco alcance e foram encaradas com resistência pelos moçambicanos. Parte destes demonstrou adaptação criativa, mas face às devastações em meio a uma medicina tradicional também incapaz a gripe espanhola exacerbou as acusações de feitiçaria. Este estudo é de natureza qualitativa e se baseia no método histórico comparativo.

Palavras-chave: Gripe espanhola. Moçambique. Colonialismo.

RESPONSES TO THE SPANISH FLU IN MOZAMBIQUE, 1918-1919

ABSTRACT

At the end of 1918 Mozambique, like the rest of the world, was ravaged by the Spanish flu. The ravages of this pandemic lasted until early 1919. At the time of the scourge, Mozambique was a colony of Portugal, which had been involved in the Great War since 1916 alongside England. The aim of this study is to help understand the response of the Portuguese colonial authority and Mozambicans to this pandemic. The argument is that the response of the medical authorities was conditioned by the colonial context, the Great War, the stage of biomedicine, the fragility of the health network, the shortage of medical staff and related resources. It is argued that all the measures adopted were ill-timed and therefore ineffective in stopping the spread and devastation caused by the Spanish flu. The authoritarian restrictive measures imposed, such as a ban on meetings, celebrations, religious rituals, movements and the inherent violence, did not act on passive subjects, had little reach and were met with resistance by the Mozambicans. Some of them showed creative adaptation, but in the face of the devastation amidst a traditional medicine that was also incapable, the Spanish flu exacerbated the accusations of witchcraft. This is a qualitative study based on the comparative historical method.

Keywords: Spanish flu. Mozambique. Colonialism.

INTRODUÇÃO

A humanidade viveu constantemente com a ameaça de doenças. Porque as doenças são sinônimo de desequilíbrio e dada a sua natureza devastadora os seres humanos foram desenvolvendo estratégias para lidar com elas dentre as quais foi nomeá-las e procurar a cura. No encontro colonial no continente africano os europeus notaram, apesar de terem apregoadado a primitividade e barbárie dos africanos, que os africanos tinham suas doenças conhecidas pelos respetivos nomes, mas também que tinham, ao longo da sua história, desenvolvido um conhecimento de uma gama variada de estratégias para as debelar.

Especialistas africanos em certas maleitas foram registrados pelos missionários e etnógrafos (Santos, 1999; Junod, 1996; Dias & Dias, 1998), mas também havia a consciência de alguma incapacidade em curar certas doenças que, no sul de Moçambique, eram designadas por *doenças que vencem os médicos* (Junod, 1996; Casimiro & Machele, 2022). Portanto, quando os europeus chegam no continente africano com suas doenças se deparam com um novo ambiente de doenças, mas também com formas locais de lidar com tais doenças (Vaughan, 1991, p. 38-39). A biomedicina trazida pelos europeus com avanços assinaláveis no século XIX e XX mostrava também seus limites face à surpresa e impetuosidade de algumas doenças (Tognotti, 2003).

Quando a gripe espanhola ou *xiponyola*, nome usado pelos nativos, eclodiu em 1918 praticamente surpreendeu a todos. Os moçambicanos já se tinham familiarizado com a varíola, que também foi importada pelos europeus (Elphick, 1977, Junod, 1996), e desenvolvidos formas de inoculação importadas da Índia (Herbert, 1975, p. 539; Junod, 1996, p. 398), mas a *xiponyola* era estranha, assim como as devastações a ela associadas. Por sua vez, os portugueses que tinham devotado muito esforços para o avanço da medicina tropical (Shapiro, 1983) foram surpreendidos (Sobral, 2019, p. 24). Além do mais, ela surge numa altura na qual Portugal estava imerso com preocupações com a movimentação de tropas no contexto da Grande Guerra e as campanhas de subjugação dos potentados africanos depois da Conferência de Berlim (ver: Péliissier, 2000; Serra, 2000; Lobato, 1971; Neves, 2018).

Nos últimos anos, a historiografia sobre Moçambique, por longo tempo dedicada ao estudo de *acontecimento* de natureza político-econômico (Newitt, 2012; Serra, 2000; hedges,

1999; Costa, 1982; negrão, 2001; Isaacman & Isaacman, 2016), embora ainda numa fase incipiente, se tem centrado no estudo das doenças, prevenção e cura (Lisegang, 1994; Zamparoni, 2017; Zamparoni, 2000; Casimiro & Machele, 2022; Havik, 2017; Shapiro, 1983; Williams, Rodrigues, 2011; Rodrigues, 2012, Rodrigues, 2012^a; Rodrigues & Brito, 2012; Roque et al., 2019; Roque, 2020; Roque, 2013; Roque, 2016; Roque, 2014; Alpers, 2022).

No geral, esta historiografia é silenciosa no que diz respeito às percepções dos africanos em relação à prática médica ocidental e muito menos fornece uma interpretação das mortes dos africanos associadas a diversas doenças como consequência de uma decisão consciente de matá-los, reduzi-los como resultado de manobras criminais do médico europeu (ver Fanon, 1975; Rodrigues & Brito, 2012). É, assim por dizer, difícil de captar as reações dos africanos em relação a medicalização, hospitalização e em relação à política e à polícia médicas empregues pelos colonizadores europeus. Megan Vaghan (1991, p.46) registrou esta reação dos africanos no contexto da vacinação contra a varíola: “Não queremos o vosso medicamento (vacinação) porque esse medicamento faz com que mais feridas sofram muito e de novo.” A percepção da ameaça do uso da doença ou agente patógeno para eliminar adversário se estendeu até às guerras de libertação no caso do Rodésia do Sul (atual Zimbabué) onde os guerrilheiros zimbabueanos que lutavam contra o regime minoritário de Ian Smith desde 1965 levantava a questão de envenenamento por comida, uniforme ou anthrax (White, 2004).² Em Moçambique houve uma crença similar em relação ao envenenamento por meio de uma caixa de presente oferecido pelos portugueses a Bonga, de nome oficial António Vicente da Cruz, um rebelde africano na Zambézia. Segundo a crença quando o presente chegou da Ilha de Moçambique o governador o abriu e o veneno se espalhou matando a esposa dele e, curiosamente, espalhando a cólera (Alpers, 2022, p. 34-35).

Esta historiografia reflete igualmente uma relação médico-paciente feita na verticalidade em que o médico é o detentor do conhecimento a ser administrado no paciente passivo, negando assim a agência do próprio paciente. E esta verticalidade se estende, por sua vez, para a relação pessoal médico europeu e africanos que no seu conjunto foram vistos como tábula rasa (ver: Chesneaux, 1976) apesar, por exemplo, da inoculação da matéria das bexigas (varíola) ter sido já praticada na África pelos africanos. O sucesso dessa terapêutica, aliás, tinha

² Ver também White (2009) sobre as ideias dos africanos em relação a extração obrigatória de fluidos vitais.

levado a Coroa portuguesa a indicar Moçambique como exemplo para o resto do império em matéria de imunização (Grossi, 2005, p.64 citado por Rodrigues, 2011, p.23).

Além do mais, boa parte desta literatura não explora o pluralismo terapêutico que num extremo tem a biomedicina praticada pelos europeus e num outro extremo os sistemas terapêuticos dos africanos, a dita “medicina tradicional” e que na posição intermédia tem o recurso a ambos (Meneses, 2004). Eugénia Rodrigues estudou este último aspecto no vale do Zambeze num cenário em que poucos eram os médicos europeus acabando assim por haver muito recurso aos sistemas terapêuticos africanos por parte dos europeus (Rodrigues, 2007. Ver também Matine, 2017).

No entanto, o problema da raça permeou estas relações. É ainda Eugénia Rodrigues que nos lembra que todos aqueles portugueses nascidos na metrópole e mesmo os reinóis eram o vexame da coroa portuguesa por assimilarem práticas contrárias à missão civilizadora cristã ao se imiscuírem com as práticas nativas de cura e adivinhação. É, de fato, uma postura que reflete a suposta posição da África na escala evolutiva. Assim, dentro desta lógica interpretativa, os africanos encontravam-se na base. É um posicionamento partilhado por todos aqueles autores que vêem o triunfo da medicina europeia, que postulam o triunfo da modernidade em relação ao *tradicional* num mundo caracterizado por várias racionalidades (Santos, 2018; Meneses, 2004).

Quase que não dispomos de estudos académicos sobre Gripe Espanhola em Moçambique em comparação com a região e o resto do mundo (Phillips, 1984; Phillips, 2008; Phillips, 1988; Sambala, 2021; Garnel, 2009;). Os poucos estudos existentes foram produzidos por estrangeiros com destaque para portugueses. Nestes estudos, o nome de Moçambique aparece a referir ao *Vapor Moçambique* que transportou tropas de Moçambique para Lisboa com passagem pela Cidade do Cabo na África do Sul, numa altura em que grassava a segunda onda mais virulenta (Perreira et al., 2019, p.77 e seguintes; Garnel, 2009) e poucas referências às ações das autoridades coloniais em Moçambique (Liesegang, 1994; Machele, 2014).

O denominador comum na colectânea *Centenário da Gripe Pneumónica: a pandemia em retrospectiva, Portugal, 1918-1919* são as péssimas condições dos soldados: “amontoados no porão, com pouca ou nenhuma ventilação, partilhando fétidas latrinas, alimentação deficiente e ausência de quaisquer medidas sanitárias, os soldados que adoeciam eram encaminhados para a exígua enfermaria apenas quando já estavam num estado adiantado da doença” (Perreira et al., 2019, p.78.)

Já a nível mais geral, é partilhada a ideia de que em Portugal e nas respetivas colônias havia “a ausência de boas práticas sanitárias, com deficiente alimentação e insalubridade nos alojamentos, parte da classe médica renitente aos então mais recentes desenvolvimentos na área da epidemiologia e da bacteriologia” (Perreira et al., 2019, p.78-79).

A documentação que permite reconstruir a história da gripe espanhola em Moçambique encontra-se no Arquivo Histórico de Moçambique (AHM), no Fundo da Repartição da Saúde do século XX, mais precisamente para os anos de 1918 e 1919. Boa parte desta documentação primária foi produzida pela equipe médica designada para lidar com a pandemia. Existe também documentos produzidos pelos administradores coloniais, inspetores, pessoal militar, etc. O denominador comum desta documentação primária é o silêncio, a despersonalização e deshumanização das maior parte das vítimas, os africanos. A documentação sobre a gripe espanhola mascara a *tradição de resistência* (ver: Isaacman & Isaacman, 1979) dos africanos face a imposições de medidas severas pelo colonialismo português. A medicalização de vários aspectos da vida dos africanos decorrente da pandemia de Gripe Espanhola encontrou resistência que se manifestou de maneiras diversificadas.

Jamais saberemos o número exacto ou aproximado ao exacto das vítimas deste flagelo. A escassez de dados estatísticos caracteriza o estudo da *xiponyola* em Moçambique. Os registos têm lacunas. Os dados estatísticos são incompletos. Os números que nos são oferecidos pela administração colonial são fragmentados e não cobrem todo o território. Muitos morreram nas matas, nas suas palhotas, nas ruas, nas suas casas, enfim, em vários lugares sem registo. Apressas nos enterros, as valas comuns, a fraca presença da administração colonial ainda em campanhas de pacificação (Neves, 2018).

Pessoas ordinárias nesta altura da pandemia, incluindo até alguns europeus, não dominavam a escrita e, por conseguinte, não registaram por escrito parte deste passado que possa facilitar a sua reconstrução. Portanto, praticamente não existem arquivos privados na posse de algumas famílias contemporâneas sobre a pandemia. Em alguns casos onde houve registo privado se nota que a Grande Guerra (1914-1918) eclipsou a *gripe pneumónica* e que também o rótulo homogeneizador de *doenças* tropicais colocou no mesmo pedestal a gripe espanhola com as outras doenças.

Paralelamente à questão descrita acima é importante realçar que houve uma tentativa deliberada pelo Estado Novo de silenciar a Grande Guerra no território moçambicano como forma de o regime “apagar aquilo que aconteceu no norte de Moçambique” por causa da

vergonha (Carlos, 2016). Assim, esta tentativa deliberada torna difícil a reconstrução do ambiente sanitário nos aquartelamentos e também a associação das perdas dos soldados e carregadores com a gripe espanhola, pois não foi só com as balas dos alemães.

Este artigo aborda as respostas das autoridades coloniais e dos africanos à gripe espanhola que assolou Moçambique entre finais de 1918 inícios de 1919. Numa primeira secção se aborda as respostas das autoridades coloniais. Esta análise é animada não só pelos estudos sobre o “malogro” do triunfalismo científico (Tognotti, 2003), como também pelos estudos que ligam o fornecimento dos cuidados médicos com o racismo, poder autoritário e a violência das autoridades (Zamparoni, 2001; Fanon, 1975; Rodrigues & Brito, 2012).

O artigo procura demonstrar que as respostas das autoridades médicas foram condicionadas pelo contexto da evolução da biomedicina, na questão colonial e da raça. Postula-se que o conjunto das medidas adotadas foi ineficaz para parar a propagação e as devastações causadas pela gripe espanhola. Contribuiu para esta ineficácia o desconhecimento pela comunidade científica de “como isolar um vírus da gripe e desvendar os seus segredos” (Kolata, 2002, p. 40), ou seja, a comunidade científica não sabia “como produzir um medicamento que seja o equivalente para a penicilina de gripe,” (Kolata, 2002, p. 40), fracas facilidades médicas e pessoal médico, mas também porque Portugal estava aturdido com os horrores das batalhas da Grande Guerra. As medidas tomadas contra os negros como proibição de reuniões, de festejos, de rituais religiosos, de concentrações e de movimentações foram autoritárias e, tiveram pouco alcance. Estas estratégias de intervenção sobre a existência colectiva (branca) em nome da vida e da saúde (brancas) no contexto colonial encaixa se nos estudos sobre biopoder (Robinow & Rose, 2016; Furtado e Camilo, 2016), pois o governo colonial português agiu sobre os corpos de seus subidos no contexto de doença e saúde (ver: Williams, 2013).

Numa segunda secção se aborda as respostas dos africanos e africanas. Esta secção toma como base os estudos que enfatizam a agência dos africanos demonstrando a sua adaptação criativa ao lidar com doenças no contexto da variedade dos sistemas médicos (Vaughan, 1991; Alade, 2022; Bigon, 2012; Wlaker, 2015; Coghe, 2020; Rodrigues, 2012). Esta secção mostra que as devastações causadas pela Gripe Espanhola aumentaram as tensões entre os africanos e o governo colonial bem como entre os próprios africanos e que a religiosidade e acusações de feitiçaria aumentaram significativamente durante a *xiponyola*.

A RESPOSTA DAS AUTORIDADES COLONIAIS

O encontro colonial entre europeus e africanos foi também mediado pelas doenças. Houve, de fato, encontro de doenças europeias e doenças africanas. As doenças africanas sempre assustaram os europeus que não gozavam de nenhuma imunidade, como foi o caso da malária (ver: Curtin, 1968). Esta enfermidade elevou a fama do continente para o “túmulos do homem branco” (ver: Curtin, 1998) e apressou, em parte, o desenvolvimento da Medicina Tropical que veio a lidar com a malária, tripanossomíase, etc. Portugal não tinha ficado muito atrasado em relação a preocupações com a Medicina e Zoologia Tropicais (Shapiro, 1983; Mendes, 2006; Rosinha, 1958; Pinto, 1958).

Quando a *gripe pneumónica* eclode Portugal tinha, como o resto do mundo, virado suas atenções para a Grande Guerra que lhe sugava e lhe sangrava nas frentes europeia e africana. Recursos materiais e humanos eram drenados para a Grande Guerra. Assim, Portugal, uma potência fraca no universo europeu, tinha que partilhar o esforço da logística da Grande Guerra com esforços para conter uma pandemia que começara a visitar suas colónias em outubro de 2018. A Gripe Espanhola

Terá tido efeitos mais graves em Portugal, pois encontrou um país com carências estruturais em cuidados médicos e sanitários, agravados pela conjuntura específica de participação na Grande Guerra. Só existiam hospitais públicos que eram os mais modernos nas três cidades em que havia o ensino da medicina – Lisboa, Porto e Coimbra (Sobral, 2019, p. 24).

A existência da gripe espanhola colheu Portugal de surpresa, incluindo outras potências. “Ninguém estava preparado para este surto pandémico, nem em Portugal país agrícola pobre e periférico na Europa, nem noutros países, sobretudo os do Norte, industrializados e com outros recursos médico-sanitários, onde, contudo a mortalidade foi menor” (Johnson & Mueller, 2002 citados por Sobral, 2019, p. 23).

A Europa já tinha enfrentado a primeira e a segunda vagas dela. Portugal estava envolvido nas frentes de batalha na Europa onde muito soldados, incluindo os da nacionalidade portuguesa, adoeciam e morriam com a “gripe do combatente.” Mas não esperava que de forma “fácil e rápida” a gripe chegasse nas suas colónias africanas, colónias essas de sol abrasador que não permitiam que causadores de resfriados, pneumonias, gripes etc. fossem frequentes. Além do mais, a África não tem o clima da Europa.

Mas contra todas as expectativas a gripe com o seu cortejo de luto e dor bateu à porta. E as autoridades político-médicas não estavam preparadas para esta estirpe de gripe virulenta. Esta era uma doença estranha não só pela contaminação acelerada como também pelo número de mortes. Portugal conseguiu, até certo ponto, lidar com a peste negra do início do século XX em Lourenço Marques, removendo as condições que favoreciam a reprodução dos murídeos (*Rattus rattus* e *Rattus norvegicus*) (Zamparoni, 2000, Machele, 2014), mas este modelo não funcionava para esta gripe. Ela se espalhava pelo ar.

O medo de contágio a partir da África do Sul e a necessidade de preparação para eventuais surtos em Lourenço Marques fez com que se tomasse a primeira medida oficial que consistiu num pedido feito pelo gabinete do Governador Geral para que os serviços médicos sul-africanos comentassem num artigo no jornal *Star* a partir de Johannesburg, a 11 de outubro. Tratava de um pedido para uma avaliação da severidade da terrível epidemia (Liesegang, 1994, p. 17). Só que foi nos primeiros dias de outubro de 1918 que os primeiros casos foram registrados em Ressano Garcia, um posto fronteiriço com Moçambique. A pandemia eclodira na África do Sul no início de 14, 23 e 25 de setembro em Durban, Kimberley e Joanesburgo respetivamente. O pedido do gabinete do Governador Geral aconteceu praticamente um mês depois da eclosão da pandemia na África do Sul e coincidiu, na prática, com o aparecimento da mesma em Ressano Garcia, fato que não deu tempo para avaliar e preparar uma resposta a altura.

A “fácil e rápida propagação” da *influenza* a partir do território da África do Sul encontrou Portugal desprevenido. As instruções para inspeções médicas dos trabalhadores moçambicanos em regresso para a terra de origem vieram tarde. Mesmo internamente as instruções foram bem tardias. Por exemplo, as instruções para o administrador de linha férrea de Movene fazer inspeções médicas antes de dispensar os trabalhadores não se efetivaram porque 70 africanos já tinham adentrado seus territórios infectados com a *xipanhola* em novembro.³ O mesmo pode ser dito em relação aos territórios da Companhia de Moçambique. Embora em Moçambique não se tenha adotado cedo os passaportes sanitários, é fato assente que as autoridades coloniais se engajaram no controle sanitário das fronteiras terrestres e marinhas. A inspeção médica, incluindo a quarentena nos postos fronteiriços principais, foram

³ Fundo da Repartição de Saúde do Século XX/AHM, “Influenza Epidémica – Bilene”, 1918, Vol. i. Proc. 475/6, Cota 56.

sendo implementados, mas com o inconveniente de terem sido tardios. As inspeções médicas nos postos fronteiriços não foram acompanhadas de um esforço acrescido para o controle da migração ilegal durante este período tenebroso (ver: Muanamoha, 2008). Ao dedicar esforço exclusivo aos principais pontos de travessia em termos de controle sanitário, as autoridades coloniais fecharam os olhos para o perigo representado por aqueles indivíduos contaminados que cortavam a fronteira fora do controle das autoridades.

Notando a problemática que as fronteiras representavam na difusão da gripe espanhola, as autoridades coloniais consentiram com o encerramento delas. A 9 de novembro as autoridades sanitárias do Port Herald (agora Nsanje), na Niassalândia, fecharam a fronteira entre Niassalândia e Moçambique como forma de evitar a transmissão a partir da chamada África Oriental Portuguesa (Sambala, 2021, p. 51). De fato, a 11 de dezembro as autoridades de saúde de Lourenço Marques trocaram correspondência com seus colegas da Beira onde lhes transmitiram a ordem para suspender a emigração (Liesegang, 1994, p. 18).

Devido ao medo da contínua propagação de um vírus fora de controle das autoridades, a Witswatersrand Native Labour Association (WNLA)⁴, agência sul africana recrutadora de mão-de-obra nativa, decide parar com o recrutamento dos trabalhadores moçambicanos no início de dezembro. Por sua vez, as autoridades coloniais portuguesas concordam que os trabalhadores moçambicanos no Natal devam permanecer lá até o recomeço do recrutamento. Estas medidas permaneceram até março de 1919, quando o arranjo original foi restaurado. A paragem do recrutamento de trabalhadores moçambicanos foi retomada em maio, quando alguns distritos de Moçambique tiveram um novo surto (Phillips, 1984, p. 13-14). O repatriamento dos trabalhadores recomeçou a 28 de fevereiro de 1919 (Liesegang, 1984, p. 18).

A vigilância sanitária nos portos internacionais foi apertada, mas também um pouco tarde. Em outubro há ainda a circulação das tropas e a sua logística impõe movimentos impossíveis de restrição. A quarentena de soldados num ambiente de guerra acarreta problemas operacionais de vulto. Além do mais, Portugal carecia de efetivos. Suas tropas no norte de Moçambique eram compostas por poucos oficiais que iam chegando em diversos vapores e maioritariamente pelos africanos e carregadores. A vigilância sanitária e a quarentena no primeiro mês da influenza pandémica em Moçambique foram mais dirigidas a civis. E Portugal não controlava a grande parte da população uma vez que, *inter alia*, os alemães “encontraram

⁴ Em Moçambique é conhecida por WENELA.

nas tribos do norte do país, principalmente entre os macondes e os ajauas, ajuda preciosa para poder desenvolver a sua guerra de guerrilha que durou mesmo até para além do final do conflito já nos últimos dias de novembro de 1918” (Carlos, 28/07/2016).

Nas fronteiras as medidas de quarentenas eram difíceis de implementar. A WNLA, por exemplo, que recebia dois comboios por semana com trabalhadores moçambicanos em regresso das minas sul africanas deparava-se com enormes dificuldades para manter os trabalhadores em diferentes campos por oito dias de quarentena (Liesegang, 1994, p. 17). Uma consequência não intencional desta medida foi aumentar as concentrações e muito provavelmente as contaminações e mortes.

As autoridades mandaram também parar a movimentação dos trabalhadores migrantes e outros africanos dentro do território moçambicano (Liesegang, 1994, p. 17). Esta medida foi amplamente recomendada tanto pelos países vizinhos como também a partir da metrópole. No entanto, não houve uma aplicação sistemática desta medida com a exceção das cidades e vilas. Nas zonas suburbanas e nas zonas rurais onde a administração tinha enormes dificuldades para fazer sentir sua mão, os africanos, na maioria dos casos, mantiveram as suas rotinas. Os mineiros regressados não deixaram de visitar amigos e familiares e o consumo público das bebidas de fabrico caseiro permaneceu quase inalterado. O levantamento das restrições oficiais das deslocações dos africanos a 25 de janeiro de 1919 (Liesegang, 1994, p. 18) foi um alívio para as populações sob controlo direto das autoridades coloniais. O estado de guerra no norte e centro tornava impossível a aplicabilidade desta medida.

A 17 de outubro foi publicada um documento com a descrição dos sintomas e formas de tratamento da doença (Liesegang, 1994, p. 17). Este documento era somente acessível a um grupo extremamente limitado que sabia ler e escrever. Por esta altura se contava a dedo os africanos que tinham passado por uma instrução oficial. Nas duas primeiras décadas do século XX pessoas assimiladas como os irmãos João e José Albasine e depois Karel Pott, Estácio Dias, Rui de Noronha (Serra, 2000, p. 445-455), Aron Samu Mukhombo, Elias Saute Mucambe, Gabriel Macavi (Liesegang, 1990, p. 107-115), etc. eram poucas. Décadas depois das devastações da pandemia da Gripe Espanhola, isto é, em 1955 a população assimilada num universo de 5.650.000 pessoas era de 4.555 pessoas, correspondendo a uma percentagem de cerca de 0.08 (Hedges et al., 1993, p.183).

O pai de Gabriel Chiphiri, entrevistado por André Mindoso, que antes de 1930 sabia ler e escrever e outro punhado de africanos graças a missões religiosas (Mindoso, 2017, p.134)

eram também uma raridade. Dificilmente as instruções chegaram à maioria da população. Além do mais, a publicação dos sintomas e formas de tratamento coincidiram com a proibição de reuniões, das *banjas*, onde as orientações eram transmitidas pelas autoridades aos africanos. A descrição dos sintomas e formas de tratamento da doença foram, em parte, um instrumento que serviu para exacerbar as desigualdades entre africanos, e europeus e mesmo entre os próprios africanos (Casimiro & Machele, 2022).

A 3 de dezembro o governador da Companhia de Niassa formulou regulações proibindo, entre outras coisas, danças, celebrações, cerimónias religiosas, leilões e reuniões públicas (Liesegang, 1994, p.18). Esta medida aparece depois da derrota da Alemanha e posterior assinatura do armistício. Parte dos Macondes e Ajauas, que tinham ladeado as forças de Paul Emil von Lettow-Vorbeck, passaram para o controlo nominal das autoridades portuguesas porque a “pacificação”, ou seja, a subjugação *manu militari*, não tinha sido concluída. Esta medida foi de fácil implementação nas zonas urbanas, mas sempre encontrou resistência. As odiosas danças, os movimentos lascivos e as canções barulhentas e sem sentido perseguidas uma vez pelos missionários no seu esforço para conquistar corações e mentes continuaram durante a pandemia. Em Ibo, a continuação destas cerimónias levou à prisão em massa de muçulmanos durante a noite (Liesegang, 1994, p.18).

As proibições incidiram sobre a população nativa. De fato, à semelhança da metrópole, as autoridades coloniais em Moçambique não se preocuparam em encerrar as escolas, o cinema, as feiras, a igreja católica romana, os locais públicos como a praça 7 de março, (atual praça 25 de junho na cidade de Maputo), local de encontro dos brancos para conversas e lazer. Os transportes continuaram a circular, mas para o uso dos brancos. Isto foi possível em parte porque não se acreditava na sua eficácia para lidar com o vírus da Gripe Espanhola, “como por pensar que era melhor permitir o desenrolar da vida económica e social para não aumentar o pânico” (Jorge 1919 citado por Sobral, 2019, p. 24).

Os serviços centrais de saúde tiveram que lidar com uma enorme pilha de pedidos de pessoal médico, enfermeiros e farmacêuticos. Os pedidos encontram os serviços de saúde centrais desfalcados. Dizia o delegado de saúde de Pande que “do interior do distrito estão me constantemente a pedir enfermeiros, mormente das localidades onde grassa com intensidade a

varíola e gripe, vendo me sempre em sérios embaraços para satisfazer alguns insistentes pedidos”.⁵ Os enfemeiros eram destacados

“como ajudantes para os diferentes postos e percorrendo as áreas destes, dando instruções aos doentes, administrando lhes medicamentos e prestando lhes todos os socorros de que necessitassem atendendo as condições do meio, montagem de cantinas que oferecessem alimentos aos doentes como se tem feito nalgumas cidades” (Enes, 1919).

Este pessoal especializado era relativamente pouco no território moçambicano. Acresce-se a isso o fato de que a administração colonial efetiva não tinha ainda se tornado realidade. O pessoal especializado estava concentrado nas três principais cidades onde vivia menos de 10% da população (Walt & J Cliff, 1986). As regiões central e norte dependiam de Lourenço Marques em termos de necessidades médicas (Colônia de Moçambique, 1934, p.5). Os serviços de saúde oferecidos pelas companhias majestáticas e subarrendatárias enfrentavam também o problema de pessoal e medicamentos, uma vez que suas condições eram deploráveis (Newitt, 2012, p.409-410).

Por exemplo, quando as notícias de que a doença abateu Tete a partir da Rodésia do Sul (atual Zimbabué) havia apenas um médico e um enfermeiro. Na ilha do Ibo o único médico existente tinha sido contaminado pela gripe pneumónica e o administrador local fez pedidos a Mocimboa da Praia para enviar um médico e um enfermeiro. Por sua vez Quelimane pediu ajuda similar a Angoche.

A ausência de pessoal médico pode ser ilustrada também a partir da correspondência entre Magude, Bilene e Lourenço Marques.⁶ Numa carta que autorizava o único médico de Magude a socorrer Bilene o administrador e moradores de Magude reclamaram argumentando que com a ausência do único médico a doença podia ressurgir com o seu séquito de dor e luto.⁷

Acontecia muitas vezes que o pessoal médico morria por causa da *influenza*. Em Chinde, por exemplo, o delegado de saúde teve que “desamparar o serviço farmacéutico para auxiliar por causa da redução de enfermeiros, mas que também contraíam a *influenza*.”⁸ Os

⁵ AHM, “Delegado de Saúde de Panda ao sr Delegado dos Serviços de Saúde de Lourenço Marques, 05 de abril, 1919”, Maputo, AHM, 1919.

⁶ Fundo da Repartição de Saúde do Século XX/AHM, “Influenza Epidémica – Bilene”, 1918, Vol. i. Proc. 475/6 Cota 56

⁷ Fundo da Repartição de Saúde do Século XX/AHM, “Influenza Epidémica – Bilene”, 1918, Vol. i. Proc. 475/6 Cota 56

⁸ Fundo da Repartição de Saúde do Século XX/AHM, Delegado de Saúde de Chinde, “Relatório sobre a epidemia de Influenza, 30 de novembro de 1918

Hospitais Provisórios de Mocimboa da Praia e Palma e os respectivos médicos e enfermeiros do exército também passavam pelos mesmos problemas (Silva, 2017, p19).

Os pedidos do pessoal foram acompanhados de pedidos de medicamentos, com destaque para a chamada *vacina pneumónica*⁹, que passou a ser administrada no território. Acreditava-se que esta vacina trazia resultados apreciáveis.¹⁰ Na altura que a *gripe pneumónica* afetou Tete as autoridades trataram de adquirir a *vacina pneumónica* na Salisbúria e vacinaram quase toda a população branca, os asiáticos e cipaio. As outras regiões requisitaram também a *vacina pneumónica* e também a administraram numa base racial e de classe. Mas os pedidos eram, em parte, frustrados porque, por exemplo, “os 400 tubos de vacinas para todas as autoridades que as tinham requisitado são muito poucas em relação às necessidades locais” por isso o delegado de saúde pedia que sejam enviados em todos vapores vacinas em maiores quantidades.¹¹

A *vacina pneumónica* foi acompanhada do uso de desinfetantes. As requisições deste fármaco cresceram à medida que a gripe pneumónica grassava no território. Cresceram também os pedidos de verbas para poderem lidar com os encargos adicionais trazidos pela pneumónica. Sucede também que não havia verbas. Os desinfetantes foram amplamente usados devido a sua disponibilidade. “Foram também distribuídos aos africanos nas palhotas, para os levemente atacados, visto terem relutância na hospitalização” (Enes, 1919).

Houve uso excessivo da polícia e do exército para forçar o cumprimento das medidas propostas, sobretudo para forçar os africanos e asiáticos a desinfetar e limpar seus quintais e a obrigatoriedade da hospitalização. Caso estas disposições não fossem respeitadas, os africanos incorriam ao risco de multas, detenções e violência policial.

As autoridades montaram os *Postos de Socorro Gratuitos de Dieta e Leite e Cantinas*.¹² Estes postos se inseriam no conjunto dos esforços preventivos. Havia a crença de que uma melhor alimentação e leite podiam afastar o perigo da contaminação dando maior robustez ao corpo. Tratou-se, em parte, da reprodução das orientações emanadas da metrópole: “cama,

⁹ Nos Estados Unidos de América (EUA) para além da distribuição dos elixires vacinavam-se as pessoas contra a gripe, sem grandes resultados. No entanto, “as vacinas eram apenas uma “sopa” feita de sangue e muco de pacientes da gripe, filtrada para eliminar as células maiores e os detritos.” (Kolata, 2002, p.36).

¹⁰ Fundo da Repartição da Saúde do Século XX/AHM, “Influenza Epidémica – Lourenço Marques”, 1918, Vol. i. Proc. 475/6, Cota 56

¹¹ Delegado de Saúde de Pande ao sr Delegado dos Serviços de Saúde de Lourenço Marques, 05 de abril, 1919

¹² Fundo da Repartição de Saúde do Século XX/AHM, “Influenza Epidémica – Postos de Socorro gratuito de dietas e leites”, 1918, Vol. i. Proc. 475/6 Cota 56

dieta, tizinas e médico” (Sobral et al., 2009, p. 77 citados por Sobral, 2019, p. 23-24), nesta última orientação em caso da manifestação da doença.

Os *Postos de Socorro Gratuitos de Dieta e Leite* e *Cantinas* foram montados primeiro em Lourenço Marques. As *Cantinas* também foram espalhadas em vários pontos do território. Houve a requisição da polícia para a distribuição do leite e caldos a 14 de dezembro de 1918. Em Lourenço Marques existiram quatro cantinas especializadas na distribuição de leite e caldos.¹³ Angoche, por exemplo, enviou o vapor “Luabo” para Mocimboa da Praia com uma lista de pedidos que incluía caixas de leite e desinfetantes. Mocimboa de Praia e Palma se encontravam em vantagem por causa da existência dos Hospitais Provisórios que atendiam ao exército.

Foi também organizada a obra de Assistência ao Soldado, uma espécie de “oásis inesperado” em meio a tanto sofrimento e dor. Depois da guerra muitos soldados continuavam doentes e alguns permaneciam em convalescença nos hospitais e acampamentos por causa da gripe espanhola.

Se organizou visitas femininas aos hospitais onde se fazia a “distribuição de roupas, ilustrações, tabaco, sabonetes.” E não faltou para cada soldado em convalescença “uma palavra amiga, um favor a prestar, um exemplo a seguir” (O Africano, 1919). Se abriu também o que se chamou de Casa do Soldado, “onde este tinha umas horas de repouso, o seu chá, barbeiro, alfaiate, e menores coisas meticulosamente previstas e escrupulosamente observadas.” Se destacou em Lourenço Marques o acampamento de Goba (O Africano, 1919).

No entanto, quase todas estas medidas tomadas pelas autoridades coloniais portuguesas não surtiram os efeitos desejados pois que não conseguiram conter as devastações e mortes causadas pela gripe espanhola.

A RESPOSTA DOS AFRICANOS (NATIVOS)

A gripe ou resfriado comum nunca se tinha tornado numa grande preocupação para os africanos. Em quase todos casos nem era preciso preparar remédios para debelar este mal que passaria depois de alguns dias. Surgia numa determinada época, no inverno. Qualquer pessoa

¹³ Fundo da Repartição de Saúde do Século XX/AHM, “Influenza Epidémica – Postos de Socorro gratuito de dietas e leites”, 1918, Vol. i. Proc. 475/6 Cota 56

podia ficar gripada. Só em cenários da persistência da enfermidade é que os remédios tradicionais eram usados e se consultava o curandeiro da família.¹⁴ Mas a gripe de outubro de 1918 era algo estranho, diferente das demais gripes conhecidas até então. O indivíduo adoecia, tinha dificuldades de respirar, se contorcia de dor, mudava de aspecto e morria em pouco tempo (ver: Kolata, 2002, p. 25, 28, 38-39).

Por causa da estranheza desta variante da gripe, a procura dos médicos tradicionais aumentou à medida em que a *xiponyola* grassava. Era preciso encontrar as causas deste infortúnio e os curandeiros eram os únicos capacitados para isso. Eram igualmente os únicos capazes de acabar com este mal na visão da maior parte dos africanos. O esforço de busca das causas do infortúnio trouxe, como era de esperar, a figura da feiticeira e do feiticeiro na base das próprias técnicas de detecção (Junod, 1996, p. 449-457). Mas porque era também preciso curar os enfermos os familiares se puseram a procurar, na medida do possível, os remédios tradicionais.¹⁵ São bastante indicativas as palavras do Governador do distrito de Inhambane, no seu relatório de 1917 de que “estou mesmo convencido de que a maioria desses convertidos à fé católica não deixaram jamais de, nos momentos graves, consultar o feiticeiro da tribo; oravam ao Deus dos cristãos, mas às escondidas lá iam ver deitar os ossos” (Araújo, 1917, p. 153 citado por Jaime, 2015, p.86). Embora ditas no ano anterior à gripe, o fato é que durante o período em que ela grassou o território os moçambicanos não deixaram de procurar ajuda nos médicos tradicionais.

A eclosão desta pandemia levou à uma procura desenfreada de *culpados* por meio de métodos locais de detenção de feiticeiros. Muitos acusados de serem feiticeiros em zonas já endêmicas foram expulsos de suas aldeias ou comunidades. Ao serem expulsos procuram novos ou antigos lugares para viver. Parte destes expulsos provavelmente já tinha sido contaminada pelo vírus da gripe espanhola e foram-na espalhando por onde chegavam na medida em que uma das penas era a expulsão (Junod, 1996; Dias & Dias, 1998; Machele, 2018)

¹⁴ Na maioria dos casos a gripe não aparece como doença a merecer atenção nos médicos tradicionais. Assistir, entre outros, Kotany (2003). Existia no sul do Save, por exemplo, remédios tradicionais para a bronquite e coriza, nomeadamente *xongwe*, *ntratre* (arbusto da família das papilionáceas), *gowane* (*zygia fastigiata*, *grande mimosa*) e *muhlandlopfu*. Está última droga é menos violenta em comparação com a penúltima. Ainda na mesma região não se considerava a febre palustre muito perigosa e, coisa estranha, não se tem nome especial para ela (Junod, 1996, p.395-396).

¹⁵ Em certos territórios como Inhambane a gripe coincidiu com a varíola. Zefanias Tomo Madaho, um médico tradicional de Inhambane, “tinha em sua lista de plantas medicinais, remédios para a cura de gripe e varíola” No entanto, nada se sabe da eficácia destas para a Gripe Espanhola (Jaime, 2005, p.131-132).

Esta prática de desterro era também aplicada pelas autoridades coloniais portuguesas. Nos anos anteriores à pandemia da gripe espanhola, vários africanos foram julgados e condenados ao desterro na Ilha de Moçambique, na Quinta Experimental Agrícola de Umbeluzi e em outros lugares previamente selecionados. Por exemplo, Chala, Mulantani-juwawa, Masilanga-Tandabantu, Mandhlovane-Tos e Chaly Oluza por se aproveitarem da “ingenuidade dos africanos fazendo os tomar um *rapé milagroso* acompanhado de misteriosas e complicadas cerimónias” foram deportados por dois anos para a Ilha de Moçambique através do vapor “Luabo.”¹⁶

As acusações e as respetivas deportações não olhavam à classe social. Régulos, indunas e simples africanos foram também para a Ilha de Moçambique e outros lugares com penas que variam de meses a 10 anos. Estas penas estavam inscritas na missão da administração colonial que era “procurar iliminar das terras as questões de feitiços que são responsáveis por grande número de mortes e violências.”¹⁷

O Administrador da 3ª Circunscrição do distrito de Lourenço Marques – Sábie, em Junho de 1922, continuava a insistir que é “minha opinião que se devem castigar rigorosamente afim de se fazer um exemplo que obrigue os indígenas das terras a porem de parte estas superstições que quase sempre trazem em consequência a morte dos desgraçados acusados como feiticeiros...”¹⁸ Esta insistência demonstra, em parte, que mesmo depois do fim da Gripe Espanhola as “misteriosas e complicadas cerimónias” não tinham sido vencidas.

Nem o nome *xiponhola*, vernaculização de espanhola, abria espaço para a concepção da doença como importação de um lugar longínquo, erradamente Espanha (ver: Hope, 2018, pp. 1462–1464). Parte considerável dos africanos considerava que este “... infortúnio é causado por um familiar que tem inveja” (Tempo, 24/09/1978), pois que a feitiçaria ocorre entre conhecidos, ou seja, o feiticeiro não ataca desconhecidos. A gripe espanhola foi entendida dentro dos modelos explicativos da medicina tradicional, não da distante biomedicina com seu

¹⁶ Direcção dos Serviços e Negócios dos Indígenas/Secretaria dos Negócios Indígenas, “Feitiçaria e curandeiros”, Proce2sso 118, A/25, 1918, Maputo: Arquivo Histórico de Moçambique; Do Comissário do Corpo da Polícia Civil de Lourenço Marques ao Exmo Sr. Secretário dos Negócios Indígenas, 30 de Abril de 1917, Processo 118, 28 de Abril de 1917, Maputo: Arquivo Histórico de Moçambique.

¹⁷ Direcção dos Serviços e Negócios dos Indígenas/Secretaria dos Negócios Indígenas, “Feitiçaria e curandeiros”, A/25, caixa 83, 1922.

¹⁸ Direcção dos Serviços e Negócios dos Indígenas/Secretaria dos Negócios Indígenas, “Feitiçaria e curandeiros”, A/25, caixa 83, 1922

discurso hegemónico e de negação de outros conhecimentos (ver: Meneses, 2004. Pp77-110), arvorada por esta altura na teoria de germes.¹⁹

A gripe, por não ter sido preocupação, nunca teve especialistas tradicionais como aconteceu noutras doenças estudadas por Henri Alexandre Junod. E matava também os médicos tradicionais e seus assistentes, como também matava médicos, enfermeiros e farmacêuticos.

Houve da parte dos africanos uma relutância na hospitalização conforme reclamação de António Enes (1919), e isto é, em parte, compreensível. A gripe pneumónica desafiava a ciência biomédica. Os renomados médicos e cientistas do início do século XX não tinham respostas adequadas para este flagelo. Muitos médicos e enfermeiros morriam nos hospitais, alguns aos olhos dos africanos. As guerras de pacificação, entenda-se de subjugação, anteriores se saldaram nas várias mortes dos africanos e as políticas da extracção da mão-de-obra forçada, as proibições e deslocações tinham aberto espaço para um pensamento de que os brancos trouxeram a pandemia para diminuir a população negra (ver: Fanon, 1975; Alpers, 2022). Ademais, houve muitos europeus e africanos nos primórdios que associaram a gripe espanhola com o exército alemão.²⁰

Um exemplo bastante ilustrativo que nos vem da Igreja Metodista Episcopal: “para salvar uma criança da morte, depois de muitos remédios usados para curar a disenteria, pensou-se por bem injectar-lhe ópio e a criança ficou boa. Outra doença atacou a mesma criança depois e morreu. Os seus parentes e amigos afirmaram que morreu não por causa da doença, mas porque o homem branco injectou o remédio no corpo da criança meses antes” (Methodist Episcopal Church, 1917, p. 347 citado por Jaime, 2015, p. 80).

Portanto, quando António Enes afirmava que “...os indígenas aterrorizados com a mortalidade abandonavam as palhotas fugindo para o interior e ilhas vizinhas, sendo eles os próprios portadores e transmissores da doença” (Enes, 1919) ilustrava também, em parte, o medo que os mesmos africanos tinham da medicina europeia. Negavam a hospitalização e medicalização num *engajamento estratégico* na medida em que viam que esta medicina de bata

¹⁹ Uma perspectiva biomédica sobre um problema de saúde pública no início do século XX nos é fornecida por Leavit (1996, pp.14-38).

²⁰ Alguns super nacionalistas chegaram a afirmar que o nome mais exacto da gripe seria “gripe alemã”, não gripe espanhola. Para outros as origens da gripe deviam ser buscadas na guerra biológica movida pelos alemães, os famosos gases venenosos. Outros acusavam a prostituição da ciência médica alemã ao serviço do Diabo (Phillips, 1987, p.84).

branca não trazia vantagens.²¹ Eles escolheram voltar para dentro, para seus espíritos e morrer entre os seus.

De acordo com o administrador do distrito de Namaacha, “um grande número de mortes está ocorrendo”, pois em apenas 3 dias, 20 indígenas morreram. Essas mortes geralmente ocorreram longe de sua área de origem, pois eram trabalhadores migrantes em quarentena em Ressano Garcia. Consequentemente, os enterros foram realizados longe dos parentes, em um território estranho, sem um enterro decente com o respetivo ritual. Essa situação aumentou o problema da conexão dos vivos com os espíritos dos falecidos e o problema recorrente da raiva dos espíritos dos mortos que não tiveram um enterro decente, ficando assim vagando por aí cujos espíritos tem o potencial de possuir qualquer um (ver, por exemplo, Honwana, 2002; White, 2004).

Quando, na ausência de prisioneiros, o administrador da circunscrição de Namaacha obrigou os africanos em quarentena a cavar sepulturas e enterrar às pressas os mortos pela gripe espanhola, eles “protestaram contra tal serviço...[e] fugiram do complexo, acompanhados por outros que temiam que a mesma tarefa lhes fosse reservada”.²² Aqueles que fugiram já estavam contaminados e estavam espalhando a doença. Situações semelhantes ocorreram na região central Moçambique, onde também foi implementada a quarentena de trabalhadores migrantes vindos da Rodésia do Sul (atual Zimbábue) (Liesegang, 1994, p.50). A fuga para regiões distantes, muita das vezes para o interior, face a doenças devastadoras, uma prática registrada no contexto da varíola no século XVIII (Liesegang, 1994; Elphick, 1977) foi também a estratégia adotada em relação a gripe espanhola. Esta estratégia parte da constatação de que um lugar acometido por uma doença que muitas devastações continua impuro daí a necessidade de procurar novas zonas para recomeçar a vida. De fato, o abandono de assentamento em caso de doença ou morte do rei era bastante comum na região austral do continente africano (Bruschi, 2002).

Renunciar ou abandonar trabalhar para os brancos que a qualquer altura podiam, de forma arbitrária, colocar o africano em contacto com um morto estranho foi uma das reações

²¹ O engajamento ou não depende, em parte, dos benefícios visíveis que se pode ganhar ao assumir ou não um compromisso. Sobre o engajamento estratégico de mulheres no colonial encounter ver: Gengenbach (2002, p.20).

²² “Do Administrador da Circunscrição de Namaacha para Secretaria dos Negócios Indígenas da província de Moçambique, Namaacha, 4 de dezembro de 1918. Maputo: Arquivo Histórico de Moçambique.

adotadas pelos africanos. A questão decorre do fato de a morte ser temida e haver um conjunto de rituais e tabus a serem observados para lidar com o cadáver além do fato de existir, em certas situações, especialista para a execução do enterro (Junod, 1996).

Os africanos encararam as resistências às medidas impostas pelas autoridades coloniais portuguesas como sendo um desafio ao seu modo de vida e resistiram continuando com as concentrações em festividades e alguns acabaram por ser presos. Por exemplo, na ilha do Ibo, em Cabo Delgado houve prisão em massa de muçulmanos durante uma noite (Liesegang, 1994, p.18).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gripe espanhola irrompeu em Moçambique entre finais de 1918 e inícios de 1919. Na altura em que devastava o território moçambicano era também palco da Grande Guerra no norte (Cabo Delgado e Niassa) e no centro (Zambézia) porque Portugal, a potência colonizadora, se encontrava envolvido ao lado da Inglaterra desde 1916. Além destes encargos, a gripe espanhola encontrou Portugal a despender energias com as campanhas de pacificação no centro do território e só muito mais tarde, depois da Grande Guerra é que a pacificação foi completada em 1924. A gripe pneumónica surpreendeu as autoridades portuguesas não só por causa das limitações da ciência médica na altura como também pela fraqueza da rede sanitária, exiguidade do pessoal médico e recursos e, sobretudo porque as medidas tomadas, nomeadamente a notificação, quarentena, encerramento de fronteiras, proibição das concentrações, foram tardias. Muitas destas medidas foram caracterizadas pela violência contra as populações negras, pois as detenções arbitrárias, punições e desterramentos eram frequentes. As autoridades médicas coloniais privilegiaram os brancos na distribuição das vacinas, caldos e leite e desinfetantes que não surtiram os efeitos desejados. A população negra foi igualmente surpreendida por se tratar de uma estirpe de gripe estranha. Nunca na sua história tinha testemunhado uma gripe desta natureza. Além da procura dos cuidados biomédicos, houve parte considerável da população que procurou os cuidados dos médicos tradicionais ou os dois sistemas médicos em simultâneo. Na medida em que a *xiponyola* foi também interpretada à luz dos modelos explicativos locais, as acusações de feitiçaria aumentaram. À intervenção autoritária e violenta das autoridades coloniais, parte da população africana respondeu negando

a medicalização, resistiu continuando com os seus cultos ou negou fugindo para não executar enterros das vítimas da gripe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALADE, A. **A Mission to Sanitize: Public Health, Colonial Authority, and African Agency in Western Nigeria, 1900-1945**. Ph.D., MacMaster University: Ontario, 2022.

ALPERS, Edward. **The Long History of Cholera in Mozambique: A Problematic Indian Ocean Disease**. *The Great Circle*, v. 44, n. 1, 2022, pp.28-50.

BIGON, L. **A History of Urban Planning and Infectious Diseases: Colonial Senegal in the Early Twentieth Century**, *Urban Studies Research*, v. 2012, Article ID 589758, 12p. doi:10.1155/2012/589758.2

BRUSCHI, Sandro. **Campo e cidades da África antiga**. Maputo: Faculdade de Arquitectura da Universidade Eduardo Mondlane, 2002.

CARLOS, João. **Moçambique: palco de disputa sangrenta na Primeira Guerra Mundial**. Deutsche Welle (DW), 28/07/2016 (Disponível em: <https://www.dw.com/pt-002/mo%C3%A7ambique-palco-de-disputa-sangrenta-na-primeira-guerra-mundial/a-19430654>, acessado aos 14 de Fevereiro de 2020, 13h:13min).

CHESNEAUX, Jean. **Du passé faisons table rase?** Paris: François Maspéro, 1976.

COGHE, S. **Disease Control and Public Health in Colonial Africa**. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190277734.013.620>, online: 19 November 2020.

COLÔNIA DE MOÇAMBIQUE. **Serviços de saúde e higiene**. Maputo: Imprensa Nacional, 1934.

CURTIN, P. D. **Disease end Empire: The Health of European Troops in the Conquest of Africa**. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

CURTIN, Philip D. **Epidemiology and Slave Trade**. *Political Science Quarterly*, v. 83, no 2, Jun. 1968, 190-216.

CURTIN, Philip. **The White Man's Grave: Image and Reality, 1780-1850**. *Journal of British Studies*. v. 1, no. 11, November 1991, 94-110.

FURTADO, Rafael Nogueira & CAMILO, Juliana Aparecida de Oliveira. **O conceito de biopoder no ensinamento de Michel Foucault**. *Revista Subjetividades*. v. 16, n. 3, 2016, pp.33-44.

HEDGES, David. **História de Moçambique Vol. 3:** Moçambique no auge do colonialismo, 1930 – 1961. Maputo: Imprensa Universitária, 1993.

ELPHICK, Richard. **Kraal and Castle:** Khoikhoi and the Founding of South Africa. London/New Haven: Yale University Press, 1977.

FANON, Franz. **Sociologie de une Revolution.** Paris: François Maspero, 1975.

GARNEL, Maria Rita Lino. **Morte e memória da pneumónica de 1918.** JM Sobral et al, p. 221-236, 2009.

GENGENBACH, Heidi. **What my heart wanted:** Gendered Stories of Early Colonial Encounters in Southern Mozambique. Allman, J.; Geiger, S & Musisi, N. (eds.), Women in Colonial African Histories. Bloomington: Indiana University Press, 2002.

HERBERT, Eugenia W. **Smallpox inoculation in Africa.** The Journal of African History, v. 16, 1975.

HONWANA, Alcinda. **Espíritos vivos, tradições modernas:** possessão de espíritos e reintegração social pós guerra no sul de Moçambique, Maputo: Promédia, 2002.

HOPE, T. **Spanish Flu:** When Infectious Disease Names Blur Origins and Stigmatize Those Infected. American Journal of Public Health (AJPH), v. 108, no. 11, 2018, 1462–1464.

ISAACMAN, Allen & ISAACMAN, Barbara. **A tradição de resistência em Moçambique:** o vale do Zambeze, 1850-1921. Porto : Afrontamento, 19789.

JAIME, Simão. **Igreja Metodista Episcopal (IME) e os Serviços Médicos nas Circunscrições de Morrumbene e Homoine, no Distrito de Inhambane, 1890 a 1968.** Ph.D., Universidade Federal da Bahia Salvador: 2015.

JUNOD, H. **Uso e costumes dos Bantu, Vol. 2.** Maputo: Arquivo Histórico de Moçambique (AHM), 1996.

KOLATA, Gina. **Gripe:** a história da pandemia de 1918. Rio de Janeiro: Record, 2002.

LEAVIT, J. W. **Typhoid Mary:** Captive to the Public Health. Boston: Beacon Press, 1996.

KOTANY, Sophie. **Espírito Corpo.** DVD. Maputo: Coopimagem, 2003.

LIESEGANG, Gerhard. **Achegas para o estudo das biografias de autores de fontes narrativas e outros documentos da história de Moçambique, II, III:** três autores sobre Inhambane: vida e obra de Joaquim de Santa Rita Montanha (1806-1870), Aron S. Mukhombo ca. 1885-1940) e Elias S. Mucambe (1906-1969).” Arquivo, 8, outubro 1990, 107-115.

LIESEGANG, Gerhard. **Technology, Space, Climate and Biology:** The Incidence and Impact of Drought, Famines, Pests, Epidemics and Wars in the History of Mozambique, c.1515-1990. Maputo, 1994, (não publicado).

MACHELE, Júlio. **He then Became a Lion: Witchcraft Accusations in Rural Mozambique**, GREEN, R. Christian; GUNN, Jeremy; HILL, Mark (eds.) Religion, Law and Security in Africa. Cape Town: AFRICAN SUN MeDIA. 2018. Pp.283-296.

MACHELE, Júlio & Carlos, Mário. **Religion and Inequality in Mozambique**. Chitando, Ezra; Maseno, Loren; Tarusarira (eds.) Religion and Inequality in Africa. London: Bloomsbury Publishing Plc, 2023.

MACHELE, Júlio. **The Bubonic Plague and the Building of White of Lourenço Marques**. Maputo, 2014.

MATINE, M. H. **A integração de famílias autóctones no Colonato de Limpopo em Moçambique, 1959-1977**. MA, Universidade Federal Fulminense/Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Niterói-Rio de Janeiro, 2017.

MENDES, A. M. **Serviços Veterinários de Moçambique – II período**. Revista Portuguesa de Ciências Veterinárias, v. 101, no 557-558, 2006, 5-15.

MENESES, Maria Paula. **Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada**: para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas. Santos, Boaventura de Sousa & Cruz e Silva, Teresa (Coord.), Moçambique e a reinvenção da emancipação social. Maputo: CFJJ, 2004, 77-110.

MINDOSO, A. V. **Os Assimilados de Moçambique**: da situação colonial à experiência socialista. MA, Universidade Federal do Paraná, Sector de Ciências Humanas, Curitiba, 2017.

MUANAMOHA, R. C. **The Dynamics of Undocumented Mozambican labour Migration to South Africa**. Ph.D., Durban: University of Kwazulu-Natal, 2008.

NEVES, J. **Memória africana e a falsificação do passado na literatura sobre o genocídio de Báruê**. Mata, I. (Coord.) Discursos memorialistas africanos e a construção da história. Macau: Edições Colibri, 2018.

PEREIRA, R. M. **Ricardo Jorge, o mal-amado**: a organização dos serviços de saúde militar no quadro da Grande Guerra e da Gripe Pneumónica. Sila, Helena; Pereira, R. M.; Bandeira, F. (Orgs.), Centenário da Gripe Pneumónica: a pandemia em retrospectiva, Portugal, 1918-1919. Lisboa, IGAS – Inspeção Geral das Actividades de Saúde, IHS, Instituto de História Contemporânea e CNCP Comissão Nacional de Celebração do Centenário da Pneumónica, 2019.

PHILLIPS, Howard. **Black October**: The Impact of the Spanish Influenza Epidemic of 1918 on South Africa. Ph.D., University of Cape Town: Cape Town, 1984.

Phillips, Howard. **South Africa's Worst Demographic Disaster**: The Spanish Influenza Epidemic of 1918. South African Historical Journal, v. 20, no. 1, 1988.

PHILLIPS, Howard. **Why Did it Happen?: Religious and Lay Explanations of the Spanish Flu Epidemic of 1918 in South Africa.** *Kronos*, v. 12, 1987, 72-92.

PINTO, A. **A Contribution towards the Study of the Avifauna of the Island of Inhaca.** *Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique*. v. XXVII, no 112, Lourenço Marques, setembro a outubro de 1958.

POLLAK, M. **Memória, esquecimento, silêncio.** *Estudos Históricos*. v. 2, no. 3, Rio de Janeiro, 1989, 3-15.

ROBINOW, Paul & ROSE, Nikolas. **Biopower Today.** *BioSocieties*, v. 1, n. 2, June 2006, pp.195-217.

RODRIGUES, Eugénia & BRITO, M. **Colonização e polícia médica em moçambique no final do período moderno.** Atas do Congresso Internacional Saber Tropical em Moçambique: História, Memória e Ciência IICT – JBT/Jardim Botânico Tropical. Lisboa, 24-26 outubro de 2012.

RODRIGUES, Eugénia. **A ciência europeia e a medicina africana de Moçambique: explorações, apropriações e exclusões, entre finais do século XVIII e meados do século XX.** *CIEA8*, UAM, Madrid, 14-16 de Junho 2012.

RODRIGUES, Eugénia. **Uma celebrada negra, que se chamava Joana: rituais africanos e elite colonial em Quelimane no século XVIII.** *Povos e Culturas* (Lisboa, CEPCEP), nº 11, 2007.

ROQUE, Ana Cristina. **Doença e cura em Moçambique nos relatórios dos serviços de saúde dos finais do século XIX.** *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, v. 21, n. 2, abril-jun 2014.

ROQUE, Ana Cristina. **Doenças endémicas e epidémicas em Lourenço Marques no início século XX: processos de controlo versus desenvolvimento urbano.** *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, v. 15, 2016, p.169-170.

ROQUE, Ana Cristina. **Os serviços de saúde de Moçambique na virada do século XIX: limitações, dificuldades e imprevistos na sua atuação.** *Africana Studia*, v. 21, 2013.

ROQUE, Ana Cristina. **Living in Lourenço Marques in the Early 20th Century: urban Planning, Development and Well-Being.** SILVA, Carlos Nunes (ed.). *Routledge Handbook of Urban Planning in Africa*. London: Routledge, 2020.

ROQUE, Ana Cristina. **Shaping Colonial Landscapes in the Early Twentieth Century: Urban Planning and Health Policies in Lourenço Marques.** DIOGO, Maria Paula; RODRIGUES, Ana Duarte; SIMÕES, Ana; SCARSO, David (eds.). *Gardens and Human Agency in the Anthropocene*. London & New York: Routledge, 2019.

ROSINHA, A. J. **Algumas considerações sobre a pecuária da Ilha da Inhaca.** *Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique*. Ano XXVII, no 114, Lourenço Marques, setembro a outubro de 1958.

SAMBALA, E. Z. **Diffusion, Mortality and Responses to Pandemic Influenza in Nyassaland, c.1918-1920**. South Africa Historical Journal, v. 71, no. 1, 2021.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Construindo as Epistemologias do Sul**: Antologia Essencial, Vol. I: Para um pensamento alternativo de alternativas. compilado por Maria Paula Meneses... [et al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2018. V. 1, 688p.

SERRA, Carlos. **História de Moçambique**: Parte I – primeiras sociedades sedentárias e impacto dos mercadores, 200/300 – 1885; Parte II – Agressão imperialista, 1886-1930. Maputo: Imprensa Universitária, 2000.

SHAPIRO, Martin. **Medicine in the Service of Colonialism**: Medical Care in the Portuguese Africa, 1885-1974. Ph.D., University of California, Los Angeles: 1983.

SILVA, Helena. **Dying in Mozambique during the First World War**: Death Causes in Two Provisional Hospitals. Romanian Journal of Population Studies, v. 11, no. 2, 2017.

SOBRAL, José Manuel; LIMA, Maria Luíza; SILVEIRA e SOUSA, Paulo & CASTRO, Paula. **Perante a pneumônica**: a epidemia e as respostas das autoridades de saúde pública e dos agentes políticos em Portugal (1918-1919). Varia Historia, v. 25, no. 42, 377-402.

SOBRAL, José Manuel. **Catástrofe e silêncio**: a epidemia da pneumônica em Portugal no seu tempo e no espaço da recordação. Silva, Helena da; Pereira, R. M.; Bnadeira, F. (eds.) **Centenário da gripe pneumônica: a pandemia em retrospectiva, Portugal 1918-1919**. Lisboa: IGAS – Inspeção Geral das Actividades de Saúde, IHS, Instituto de História Contemporânea e CNCP Comissão Nacional de Celebração do Centenário da Pneumônica, 2019.

TEIXEIRA, C. **A fundação de Inhambane e a sua estrutura administrativa e governamental nos meados do século XVIII**. Arquivo, 8, outubro 1990.

TOGNOTTI, E. **Scientific Triumphalism and Learning from Facts**: Bacteriology and the ‘Spanish Flu’ Challenge. The Journal of the Society for the Social History of Medicine, v. 16, no. 1, 2003.

VAUGHAN, Morgan. **Curing their Ills**: Colonial Power and African Illness. Stanford: Stanford University Press, 1991.

WALKER, D. J. **Sex and Control**: Venereal Disease, Colonial Physicians, and Indigenous Agency in German Colonialism, 1884-1914. New York/Oxford: Berghahn, 2015.

WALT, G. & CLIFF, Julie. **The Dynamics of Health Policies in Mozambique, 1975–85**. Health Policy and Planning, v. 1, no. 2, 1986, 148–57.

WHITE, Luise. **Poisoned Food, Poisoned Uniforms, and Anthrax:** Or, How Guerillas Die in War. *Osiris - Landscapes of Exposure: Knowledge and Illness in Modern Environments*, v. 2, n. 2, 2004, pp. 220-233.

WHITE, Luise. **Tsetse Visions:** Narratives of Blood and Bugs in Colonial Northern Rhodesia, 1931–9. *The Journal of African History*, v. 36, n. 2, 1995, pp.1995, pp.219-245.

Williams, Rose Janet. **Creating a Healthy Colonial State in Mozambique, 1885—1915.** Ph.D. University of Chicago, Chicago, 2013.

ZAMPARONI, Valdemir. **Monhés, Baneanes, Chinas e Afro-maometanos.** Colonialismo e racismo em Lourenço Marques, Moçambique, 1890-1940. *Lusotopie*, nº7, 2000. *Lusophonies asiatiques, Asiatiques en lusophonies*, 191-222.

ZAMPARONI, Valdemir. **Lepra:** doença, isolamento e segregação no contexto colonial em Moçambique. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 24, no. 1, jan.-mar. 2017.

FONTES PRIMÁRIAS

Fundo da Repartição de Saúde do século XX/AHM. **Delegado de Saúde de Panda ao sr Delegado dos Serviços de Saúde de Lourenço Marques**, 05 de abril, 1919. Vol. I, cota 147. Maputo: Arquivo Histórico de Moçambique.

Direcção dos Serviços e Negócios dos Indígenas/Secretaria dos Negócios Indígenas. **Feitiçaria e curandeiros.** Processo 118, A/25, 1918, Maputo: Arquivo Histórico de Moçambique.

Direcção dos Serviços e Negócios dos Indígenas/Secretaria dos Negócios Indígenas. **Feitiçaria e curandeiros.** A/25, caixa 83, 1922. Maputo: Arquivo Histórico de Moçambique.

Direcção dos Serviços e Negócios dos Indígenas/Secretaria dos Negócios Indígenas. **Do Comissário do Corpo da Polícia Civil de Lourenço Marques ao Exmo Sr. Secretário dos Negócios Indígenas.** 28 de Abril de 1917, Processo 118, 28 de Abril de 1917, Maputo: Arquivo Histórico de Moçambique.

Enes, António. **Relatório mensal especial sobre a epidemia relativa ao mês de dezembro findo ao Exmo. Sr. Chefe dos Serviços de Saúde.** Lourenço Marques 15 de Fevereiro de 1919, Arquivo Histórico de Moçambique/Fundo da Repartição de Saúde do século XX, Vol. I, cota 147. Maputo: Arquivo Histórico de Moçambique.

Fundo da Repartição da Saúde do Século XX/AHM. **Influenza Epidémica – Lourenço Marques.** 1918, Vol. i. Proc. 475/6, Cota 56. Maputo: Arquivo Histórico de Moçambique.

Fundo da Repartição de Saúde do Século XX/AHM. **Influenza Epidémica – Bilene.** 1918, Vol. i. Proc. 475/6, Cota 56. Maputo: Arquivo Histórico de Moçambique.

Fundo da Repartição de Saúde do Século XX/AHM. **Influenza Epidémica – Postos de Socorro gratuito de dietas e leites**. 1918, Vol. i. Proc. 475/6 Cota 56. Maputo: Arquivo Histórico de Moçambique.

Fundo da Repartição de Saúde do Século XX/AHM. **Influenza Epidémica – Bilene**. 1918, Vol. i. Proc. 475/6 Cota 56. Maputo: Arquivo Histórico de Moçambique.

Fundo da Repartição de Saúde do Século XX/AHM, Delegado de Saúde de Chinde. **Relatório sobre a epidemia de Influenza**, 30 de novembro de 1918. Maputo: Arquivo Histórico de Moçambique.

O Africano. Assistência ao soldado. **O Africano**, ano VIII – (X), número 712, Lourenço Marques, 2 de Fevereiro de 1919.

Tempo. O obscurantismo no crime. **Tempo**, 24 de setembro, 1978.