

Laura Brito¹

laurabrito@ces.uc.pt

O fardo da bata branca: a biomedicina e a representação do Outro no projeto colonial

The white coat burden: biomedicine and the representation of the Other in the colonial project

La carga de la bata blanca: la biomedicina y la representación del Otro en el proyecto colonial

Resumo: Considerando que a colonização europeia se fez por vários meios e tipos de forças, todas estas ações tinham um fim específico: o controlo e dominação dos negros e a sua utilização como mão de obra para produção de riqueza. A biomedicina age dentro deste contexto como uma proteção para os colonos brancos e como um controlo dos negros para potencializar a sua capacidade de trabalho. Para apoiar este projeto, os profissionais de saúde coloniais fizeram uso de um discurso científico baseado em estereótipos e representações de um Outro selvagem, descontrolado e pestilento. Uma forma de justificar todas as ações realizadas, e que, como veremos, no caso português explicava a presença prolongada no território.

Palavras-chave: biomedicina, colonialismo, estereótipo, medicina tropical, representação.

Resumen: Teniendo en cuenta que la colonización europea se llevó a cabo por diversos medios y tipos de fuerzas, todas estas acciones tenían un propósito específico: el control y dominación de los negros y su uso como mano de obra para la producción de riqueza. La biomedicina actúa en este contexto como una protección para los colonos blancos y como un control para que los negros mejoren su capacidad de trabajo. Para apoyar este proyecto, los profesionales de la salud colonial hicieron uso de un discurso científico basado en estereotipos y representaciones de un Otro salvaje, incontrolado y pestilente. Una forma de justificar todas las acciones realizadas, y que, como veremos, en el caso portugués, explicaba su prolongada presencia en el territorio.

¹ Doutoranda do Programa de Doutoramento em Pós-Colonialismo e Cidadania Global, do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, em parceria com a Faculdade de Economia, financiada pela F.C.T., I.P. (Bolsa de Doutoramento SFRH/BD/144322/2019). Mestre em Antropologia Médica, pela Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra, analisou na sua dissertação o conceito de competência cultural, na relação entre profissionais de saúde e utentes de etnia cigana. Tem se dedicado à investigação na área da sociologia da saúde, estudos pós-coloniais, violência obstétrica e ginecológica e justiça reprodutiva, encontrando-se a desenvolver a tese de doutoramento sobre violência obstétrica na perspetiva das epistemologias do Sul.

Palabras clave: biomedicina, colonialismo, estereotipo, medicina tropical, representación.

Abstract: Considering that European colonization was carried out by various means and types of forces, all these actions had a specific purpose: the control and domination of the black population and using them as labour to produce wealth. Biomedicine acts within this context as a control for blacks to enhance their work capacity. To support the colonial projects, health professionals made use of a scientific discourse based on stereotypes and representations of a wild, uncontrolled, and pestilent Other. In the case of Portuguese colonies, all the actions carried out justified their prolonged presence in the territory.

Keywords: biomedicine, colonialism, representation, stereotype, tropical medicine.

Introdução

O colonialismo instalou-se formalmente em África enquanto projeto hegemónico depois da Conferência de Berlim (1885) que dividiu o continente entre várias nações europeias. Foi através da força militar, com as “guerras de pacificação”, da fé, com os missionários cristãos, mas também através da ciência e do conhecimento que os europeus impuseram o seu domínio sobre o território. Dentro da ciência, a biomedicina teve um papel importantíssimo para a colonização do território e para a construção do Outro durante o projeto colonial, por apresentar uma perspectiva aparentemente objetiva sobre a realidade. Este ensaio apresenta uma breve reflexão sobre a relação entre a construção do discurso colonial e a biomedicina para a implementação e manutenção do projeto colonial. Na primeira parte do texto, traça-se uma ligação entre a criação de estereótipos, a representação do Outro e a sua imagem. Esta foi uma das várias chaves-mestras que, aliada ao discurso biomédico, permitiu abrir a porta da dominação dos nativos no território africano. A segunda parte do texto, demonstra precisamente de que forma a biomedicina foi utilizada como ferramenta de colonização com base nas construções representativas explicadas na secção anterior. Esta não é uma reflexão exaustiva, mas que pretende trazer algumas luzes sobre como o colonialismo se apoiava em vários subterfúgios para manter a sua hegemonia, tendo sido o “cuidar” da saúde de um Outro, imaginado, um deles.

A biomedicina, ou medicina ocidental, é assim designada pelo seu foco eminente na biologia como fonte de conhecimento para a identificação das patologias e decisão de quais os cuidados a prestar para resolução da disfunção biológica causada pela doença (Gaines e Davis-Floyd, 2004). À semelhança de outras disciplinas científicas eurocêntricas, a biomedicina foi considerada durante muito tempo como acultural, ao contrário de outros sistemas médicos que, além de terem um viés cultural, não teriam qualquer relevância científica (Ibidem). A este processo de invisibilização de outras formas de cura poderá chamar-se de epistemicídio (Santos, 2014) – a imposição hegemónica da ideologia biomédica e a invisibilização e desvalorização dos sistemas médicos e conhecimentos locais. Não será, claro, de descurar o surgimento de sistemas híbridos de saúde em território colonial. Estes sistemas, ao associarem a biomedicina europeia com a medicina das populações locais, deram espaço a que alguns saberes e práticas se mantivessem, em paralelo da imposição da biomedicina. O pluralismo médico ou a manutenção de saberes e práticas não-biomédicas de saúde, apesar da pressão

imposta pelo sistema colonial, fazem também parte da relação entre biomedicina e colonialismo. No entanto, o epistemicídio por um lado, e, por outro, o pluralismo médico não serão tratados neste ensaio, pois o objetivo principal é entender como o projeto colonial se cruza com a ciência biomédica para a construção do Outro e o seu controlo.

Durante o século XIX e início do século XX, a biomedicina foi exportada para as colónias e foi, na grande maioria dos casos, imposta como o sistema que devia ser utilizado em detrimento de qualquer outro que pudesse pré-existir (Gaines e Davis-Floyd, 2004). Isto porque, na sua essência enquanto projeto, o colonialismo chega aos territórios a ocupar – seja no continente africano ou americano – com uma série de infraestruturas que retiraram o poder e marginalizaram os povos indígenas (Weaver, 2009: 1552). A medicalização e o controlo social associado à medicina ocidental saíram do território europeu juntamente com as práticas médicas de cuidado para se irem instalar nos territórios ocupados.

Nada melhor que uma disciplina científica que, à custa da essencialização e dos estereótipos criados ao longo do século XIX, justificava a ação e o controlo de uma população do território que os europeus queriam ocupar. Tudo isto para cuidar e curar os indígenas – ao fardo do homem branco, juntou-se o fardo da bata branca.

Estereótipo, representação e a imagem do Outro

Revisão conceptual

Desde o seu início a biomedicina funcionou como agente de produção de um discurso, de modelação e controlo da vida social – uma forma de bio-poder (Foucault, 1976). Zola (*apud* Lock, 2004) argumenta que a biomedicina se transformou numa instituição de controlo social, talvez, até substituindo, ou pelo menos estando em pé de igualdade, com a religião e o direito. Esta institucionalização fez-se essencialmente com base na medicalização de vários espaços da vida diária em nome da saúde. O que comer, o que vestir, como dormir, como, quando e com quem ter relações sexuais, estes e muitos outros aspetos foram profundamente examinados durante o século XVIII e XIX, de forma a encontrar-se a prática de vida saudável o mais próximo da perfeição. No caso da biomedicina nas colónias, isto traduziu-se por uma medicalização feita através dos militares e missionários, que muitas vezes eram também médicos ou enfermeiros. As iniciativas de saúde pública, e conseqüente desenvolvimento da “medicina tropical”, começaram por ser uma forma de proteção do colonizador e de “civilização” do

colonizado e não, ao contrário do que o discurso benevolente queria fazer acreditar, para melhorar a saúde das populações (Lock, 2004). Na Europa, ao longo do século XIX, o Estado e o Direito movimentaram-se para uma aplicação racional da ciência no dia-a-dia, integrando a medicina a uma extensa rede cuja função seria regular a saúde e comportamento moral das populações (Lock, 2004). Nas colônias, em conjunto com a medicalização da vida diária, a medicina fez também parte da construção patológica do Outro (Lock, 2004).

O colonialismo, e a sua ação de dominação, alastrou o discurso “científico” para África e este foi utilizado como mecanismo de controlo, regulação dos indivíduos e manutenção do projeto de Estado-nação. Além de toda a força ideológica que possuía a colonização, a medicalização das populações dos territórios africanos apenas foi possível por uma característica central da biomedicina: ser extremamente centrada no corpo. Uma centralidade que vai mais além do corpo biológico ou até do corpo doente. A biomedicina insinua-se no corpo social, no corpo cultural, pautando o que é ou não saudável, o que é ou não uma prática que possa levar à manutenção da saúde ou à recuperação de uma doença súbita. Esta construção do corpo, aparentemente humano – sem cor, sem género, sem raça – baseou-se grande parte na essencialização e estereótipos sobre o corpo negro.

Existem dois conceitos essenciais para poder iniciar a análise entre o colonialismo e a biomedicina: o estereótipo e a representação. Centrar-me-ei na análise de Homi Bhabha (1994) e em particular a sua exposição sobre a construção do estereótipo no discurso colonial. Bhabha demonstra como a construção discursiva do Outro teve um poder tão ou mais perverso que as ações físicas de violência contra os colonizados. Sobretudo porque estes estereótipos estendem-se até à atualidade e inscrevem-se na identidade daqueles que mantêm as características dos seus antepassados (Fanon, 1952). Os estereótipos raciais, profundamente inscritos no discurso colonial, mantêm-se intactos na mente de um pensamento eurocêntrico, que se entende e se impõe como hegemónico. Fixar a identidade de uma cultura, de um povo, é uma das formas mais perniciosas de manter e justificar o seu controlo. Para poder avançar nesta reflexão, cabe-me em primeiro lugar lembrar o que é um estereótipo num sentido linguístico. O termo estereótipo vem da união das palavras *estereo* (do grego *stereós* – firme) e *tipo* (do grego *typos* – impressão), significando assim impressão sólida. Este é um termo que surge no século XVIII dentro do mundo da impressão, por Firmin Didot, para referir-se a um tipo de impressão em que moldes era utilizado para reproduzir placas metálicas, que por sua vez permitiam a impressão em massa de livros, jornais, etc. (Augustyn *et al*, 1998). Ou seja, a

palavra estereótipo designava uma imagem fixa, imutável, estanque no tempo e no espaço. É, em 1922, que Walter Lippmann² irá utilizar o termo no sentido que lhe é atribuído nas ciências sociais, transpondo-o para a linguagem comum e para designar o estabelecimento de uma ideia pré-concebida/fabricada sobre um indivíduo ou conjunto de indivíduos. Para Bhabha (1994), o estereótipo é uma forma de saber e identificação do Outro, que vacila entre estar fixo e estar constantemente a ser repetido para que possa existir, por não poder ser provado através do discurso factual. É nesta ambivalência que reside a força do estereótipo colonial, que altera conjunturas históricas, marginaliza, produz informação probabilística, sempre em excesso, e que não pode ser logicamente construída ou empiricamente provada (Bhabha, 1994: 66). O estereótipo serve o discurso colonial na medida em que objetifica o Outro e produz uma alteridade, que é tanto objeto de desejo como de escárnio, um objeto construído através da articulação da diferença racial e sexual e neste contexto, o corpo é um objeto de desejo, domínio e poder (Bhabha, 1994).

O reconhecimento do Outro e o desprezo das diferenças criaram espaço e vontade para a produção de um conhecimento profundo e intenso. Era necessário saber *tudo* sobre o Outro para poder controlá-lo. Este é um saber que diferenciou o Outro do Eu, daquilo que pertence à metrópole e o que ficaria de fora. Um conhecimento de defesa contra o que era diferente, de fixação da identidade e de hierarquização. Como Foucault (1977) defende saber é poder, e o conhecimento responde sempre às exigências socioculturais e políticas do momento em que é acionado como mecanismo de poder. Neste caso, o conhecimento feito sobre os nativos satisfazia a exigência do processo colonial e do controlo das populações. O argumento final de Bhabha, no que ao estereótipo diz respeito, acrescenta à sua exposição a noção de vigilância do Outro, do colonizado. Relativamente à biomedicina e ao estabelecimento de políticas de saúde pública, vigiar (Foucault, 1977) é um elemento essencial. Vigiar os sintomas, vigiar a doença, vigiar o comportamento, tudo isto faz parte do controlo da população. Uma vigilância constante do corpo. Para Bhabha essa vigilância tem associado um fetichismo latente, o discurso colonial construiu-se com base na observação no objeto de desejo, o corpo negro, imaginado.

O sujeito do discurso colonial é representado e construído através de um aparato de poder, que contém o conhecimento sobre ele e que estagna nessa ideia estereotipada,

² Escritor, jornalista e comentador político norte-americano. É conhecido por ter atribuído ao termo estereótipo o seu significado moderno no seu livro de 1922, *Public Opinion*.

e circula no discurso colonial, transformando-se numa forma limitada da alteridade do colonizado. A criação de estereótipos racistas permitiu ao colonialismo que negasse durante décadas às populações coloniais a capacidade de se governarem, a sua independência, e impôs uma forma de pensar ocidental única e autoritária. O discurso colonial, baseado na construção de estereótipos, deu espaço para a instalação do aparato social, político e militar, com um sistema focado em formas ocidentais de progresso socioeconómico e que vinham civilizar os selvagens nativos – o fardo do homem branco (Bhabha, 1994: 83). Um fardo que, por sua vez, também é representado visualmente, através da implantação de instituições europeias no território colonial e através das instituições, escolas, tribunais, hospitais e igrejas. Um espaço ideológico que governa e que se torna visível para todos, brancos e negros, impondo implacavelmente aquela que acreditavam ser a proeminência racial dos europeus.

Os estereótipos são, em suma, uma forma de representação da diferença, de forma essencialista e que serve principalmente o extremo mais poderoso da representação estabelecida nessa relação. Stuart Hall (1997) no seu trabalho *Representation: Cultural Representation and Signifying Practices* utiliza a reflexão teórica de Foucault sobre conhecimento e poder para exemplificar a representação do Outro como uma forma de exercício de poder. Como já foi exposto anteriormente, para Foucault, o conhecimento ao associar-se ao poder, “[...] not only assumes the authority of ‘the truth’ but has the power to *make itself true*”³ (Hall, 1997: 49, grifos originais). Qualquer conhecimento tem um efeito prático na vida real nunca é vulgar no sentido em que não existe sem propósito, ainda que possa ser um propósito benevolente. Esse efeito real traduz-se em microfísicas do poder que, no modelo de Foucault, se estabelecem através do corpo e são o centro da luta entre o poder/saber. Para Hall, essa relação estabelece-se, em primeiro lugar, através do reconhecimento da diferença. O argumento principal é que a diferença importa por ser central ao significado, pois este não existe sem a diferença (Ibidem: 234). O sentido de algo existe pela possibilidade de contraste com o seu opósito – o significado, sendo profundamente relacional, também o é a diferença e a representação (Hall, 1997). No entanto, lembra-nos que embora esta oposição dicotómica, ainda que capture grande parte da diversidade entre extremos, é também uma forma muito reducionista de entender a alteridade, como também Bhabha explica na sua reflexão sobre o estereótipo. As

³ “[...] não somente assume a autoridade da ‘verdade’, mas também tem o poder de *se tornar verdade*” (Hall, 1997: 49, grifos originais)

representações, ao serem dicotômicas e opostas, raramente ou nunca são neutras. Jacques Derrida (1974 *apud* Hall, 1997: 235), demonstrou que, na maioria das vezes, um dos pólos dessa relação é dominante sobre a outra, incluindo-a enquanto elemento exterior ao seu campo de ação. Por sua vez, Mary Douglas (1966 *apud* Hall, 1997: 236), considera que qualquer cultura cria significado sobre coisas, colocando-as em diferentes posições de um determinado sistema classificatório, sendo este a ordem da base simbólica daquilo a que nos referimos como cultura.

A ideia de Europa, enquanto cultura, estabeleceu-se essencialmente com base nessa relação dicotômica entre o Eu e o Outro e num sistema racial hierarquizado extraído dessa relação. A imagem que os europeus tinham de África foi se alterando ao longo dos séculos, mas manteve sempre essa noção básica de que os habitantes do continente africano eram tudo aquilo que os habitantes do continente europeu não seriam. Chegados ao século XIX, e com a exploração e colonização do interior do continente africano, as suas populações eram vistas como tendo sido “[...] historically abandoned, a fetish land, inhabited by cannibals [...]”⁴ (McClintock, 1995: 41 *apud* Hall, 1997: 239). Este viria a ser o início da construção de um discurso racial estruturado por uma série de oposições binárias, em que o extremo mais poderoso era a civilização (branco/europeia) e o extremo mais fraco a selvajaria (negro/africano). Estas distinções baseiam-se em conexões com outras noções de identidade e representação, como os brancos sendo detentores de um desenvolvimento intelectual acima de todas as outras raças, baseada na razão, numa governação formal, na lei e uma restrição civilizada na sua vida emocional, sexual e civil (Hall, 1997: 243). No extremo oposto dessa hierarquia, estão os negros e tudo o que é instintivo, como a expressão livre de emoções, não terem um comportamento “civilizado” na sua vida sexual e social, basearem-se nos rituais e costumes e não em instituições civis e uma conexão profunda com a natureza (Hall, 1997: 243). Os estereótipos funcionam nesta polarização como uma estratégia de divisão entre o que é normal e aceitável e o que é anormal e inaceitável. Tudo o que for diferente é excluído e essencializado no estereótipo, fixando-se naquela noção rígida do Outro (Hall, 1997). O estereótipo serve como fronteira simbólica entre o “normal” e o “patológico”.

O poder da representação e do estereótipo

⁴ “[...] historicamente abandonado, uma terra *fetische*, habitada por canibais [...]” (McClintock, 1995: 41 *apud* Hall, 1997: 239)

Esta fronteira entre o “normal” e o “patológico” serviu em muito o desenvolvimento da biomedicina como ciência. Considero importante uma breve referência ao trabalho de Byron Good (1994) sobre a construção do objeto de estudo da medicina. A saúde e a doença não estão condicionadas somente à dimensão fisiológica, mas pertencem também à cultura, tendo um caráter subjetivo relacionado não só com a experiência do paciente, mas também com a do médico (Good, 1994). Na sua obra escreve: “Disease belongs to culture, in particular to the specialized culture of medicine. And culture is not only a means of representing disease but is essential to its very constitution as a human reality”⁵ (Ibidem: 52). Se considerarmos que a medicina é um sistema cultural e que os sistemas são uma forma de representar o mundo, conseqüentemente a medicina também age como um meio para representar o mundo. À semelhança de todas as esferas que constituem uma cultura, também a medicina foi acompanhando as construções mentais da sua época, em conjunção com a construção de um conhecimento baseado na observação “científica”. A medicina, especialmente a ocidental, é uma fonte de convenções e estereótipos, pois o pensamento eurocêntrico nos levou a acreditar que a medicina tem um estatuto “científico” que nada tem de subjetivo (Gilman, 1985). Esta ideia de subjetividade absoluta da biomedicina – ou da ciência em geral – é problemática pois, sendo baseada na observação do corpo, também ela possui os seus ícones visuais e constrói-se com base na essencialização e repetição de padrões visuais do corpo humano e de uma determinada realidade. As imagens utilizadas pela medicina foram um meio para estruturar a diversidade da humanidade, organizando a percepção que temos do mundo. No século XIX, o poder principal da medicina, segundo Gilman, baseava precisamente na ascensão da importância social da ciência e do seu impacto sociopolítico e cultural.

Apesar da componente de observação intrínseca ao desenvolvimento da biomedicina, não é de estranhar que não foi qualquer grupo social que foi intensamente observado, medicalizado, e cuja conduta e corpo foram associados a um comportamento desviante e patológico, diferente da moralidade e civilização do homem branco europeu. No século XVIII, o estereótipo assumia os homens e mulheres negras como tendo uma sexualidade desviante. Essa ideia será utilizada num contexto “científico” de análise, de controlo, de imposição de uma normatividade dos usos e costumes, e também em

⁵ “A doença faz parte da cultura e, em particular, da cultura especializada da medicina. A cultura não é apenas uma forma de representar a doença, mas é essencial para a sua constituição enquanto realidade humana” (Good, 1994: 52).

situações de opressão e violação dos indivíduos com justificações tiradas desse discurso estereotipado.

O século XIX foi recheado de uma análise profunda da sexualidade, em específico da sexualidade das mulheres negras e, mais tarde, das mulheres brancas que se prostituíam. Gilman relembra o trabalho de Buffon, que se centrava na ideia da sexualidade lasciva do negro e que introduziu como facto no contexto científico os registos das primeiras viagens ao continente africano. A mulher negra serve neste discurso como ícone, como estereótipo da sexualidade negra em geral. A ideia de Buffon baseava-se na interpretação da escala do ser, que se propunha a estabelecer uma hierarquia entre todos os seres vivos, em que o homem negro estava no ponto mais inferior e o homem branco no superior. Os Khoikhoi/Hottentot⁶ seriam, à luz do pensamento científico da época, o grupo que estaria no fundo da cadeia e a sua aparência física tornou-se no ícone da diferença sexual entre brancos e negros durante o século XIX (Gilman, 1985). Para justificar esta conclusão “científica” foi necessário incluir tanto a sexualidade como a beleza dos negros no extremo oposto dos brancos. Esta polarização baseou-se nas diferenças físicas observáveis, encontrando no modelo biomédico a distinção entre o que seria normal e o que seria patológico.

Foi no trabalho de J. J. Virey que esta alteração discursiva se estabeleceu. Virey fez, no século XIX, um estudo sobre raça e contribuiu para o *Dictionnaire des Sciences Médicales*, que sumarizava as suas visões sobre a natureza sexual das mulheres negras, em termos adequados ao discurso médico (Gilman, 1985). Nas suas palavras, citadas por Gilman (1985: 231), a “voluptuosidade” das mulheres Hottentot “[...] developed to a degree of lascivity unknown in our climate, for their sexual organs are much more developed than those of whites”⁷. Ou seja, acreditava-se que as mulheres negras tinham não só uns apetites sexuais “primitivos”, como também tinham também órgãos genitais “primitivos”. A conclusão seria que uma sexualidade incontrolada teria sido o início da humanidade e que os negros estariam, segundo o pensamento desenvolvido por G.W.F. Hegel e Artur Schopenhauer, no estado mais primitivo da evolução humano. A sua presença no mundo contemporâneo seria um indicador da capacidade da humanidade em controlar-se a si próprio e ao mundo (Gilman, 1985). Perder o controlo era visto como um regresso ao passado, ao primitivo, uma forma de loucura e, conseqüentemente, cabia

⁶ Termo historicamente usado para se referir aos Khoikhoi, pastores nómadas indígenas da África do Sul.

⁷ “[...] desenvolvia um grau de luxúria desconhecida no nosso clima, os seus órgãos sexuais são muito mais desenvolvidos que os das brancas” (Gilman, 1985: 231).

ao modelo médico resolver o assunto. Gilman relembra que as leis que se aplicavam aos escravos negros, tais como o *Code Noir*⁸, imposto em 1685, enfatizavam o controlo do escravo enquanto objeto sexual. Este era um controlo que se fazia através, claro, da proibição de relações sexuais com brancos, mas também através da exigência de documentação provando o estatuto legal da descendência dos escravos. As mulheres negras não representam somente a sexualização da mulher, mas também a mulher como fonte da corrupção moral e da doença (Ibidem). Através da observação, da criação de estereótipos, a patologia do Outro surge expressa na sua anatomia, surge também o medo inerente da diferença.

O discurso colonial, baseado em estereótipos e na representação do Outro, apoiava-se em diferenças observáveis e na distinção entre comportamentos patológicos/desviantes e aqueles que seriam corretos/normativos e que se adequavam ao modelo biomédico e científico. As diferenças fisiológicas foram consideradas inatas e não adaptativas, uma diferenciação que atribuía aos negros uma doença congénita que justificava o estigma e a degenerescência que os brancos viam nestas populações. Por serem considerados menos evoluídos, estas populações necessitavam de controlo, educação e cuidados, para que pudessem evoluir, mas também para que não perturbassem a existência dos europeus que invadiram o seu território durante a colonização.

Curar e colonizar: o fardo da bata branca

Na seção anterior procurei demonstrar como o estereótipo e a representação do Outro como antítese do Eu permitiram à ciência construir um discurso em torno da noção do negro como primitivo e selvagem, justificando o seu controlo e a colonização do território. Irei nesta segunda parte do texto expor como, na prática, a biomedicina se cruzou com as políticas de colonização. Como procurarei demonstrar, a representação do Outro como selvagem e doente justificavam o dever do homem branco de levar a civilização a estas populações aparentemente sem rumo.

O Outro e as suas patologias, algumas fisiológicas, outras comportamentais, mas a maioria construídas e existentes apenas na mente dos europeus, foram de uma grande importância para a construção do Estado-nação. Ao controlar o comportamento e saúde

⁸ Código Negro. Decreto real francês, do século XVIII que recolhia os textos jurídicos relativos à regulação da condição das pessoas negras escravizadas nas ilhas francesas.

do Outro, também o poder colonial se controlava a si e à população na metrópole, gerindo os seus próprios medos de descontrolo. O discurso civilizador baseava-se na cisão entre natureza e cultura, o Outro como essência do monstruoso, da corrupção, da desordem, do caos e da barbárie (Ferreira e Hamlin, 2010). A classificação taxonómica dos negros possibilitou a circulação de corpos como mercadoria, sendo os escravos vistos como objetos de julgamento moral e de análise.

O pensamento que colonizou a África do século XIX tinha um especial apreço pela biomedicina, em particular pela sua componente biológica, que na Europa vinha a crescer em importância (Comaroff e Comaroff, 1992). Ao coincidirem cronologicamente com a conferência de Berlim (1884/85) e a corrida a África, as descobertas na área da bacteriologia alteraram o modo de pensar a política colonial (Flores, 2013). No início do século XX, o pensamento geral considerava que era difícil penetrar no território africano sem recorrer à população local que estaria fisiologicamente adaptada às condições climáticas e alimentares das regiões e, conseqüentemente, menos sujeitos às maleitas que surgiam nos europeus que chegavam ao continente (Flores, 2013). As campanhas militares de “pacificação”, que antecederam o estabelecimento das colónias, ajudaram a apoiar essa teoria da aclimação. Durante a epidemia de febre amarela de 1878, as pessoas oriundas das zonas endémicas da doença resistiam melhor à doença (Curtin, 1998 *apud* Flores, 2013). Aparentemente, isto serviu para apoiar a ideia de que os brancos não se poderiam adaptar às diferenças de temperaturas sentidas nas colónias, mas que por sua vez, os vetores de doenças seriam os negros apesar de estes serem resistentes às patologias. A medicalização e o movimento higienista do fim do século XIX e início do século XX foram o braço direito do projeto do Estado-nação, um projeto disciplinador e que permitiu o acesso à vida privada das populações nativas dos territórios africanos. Nas colónias, a implementação da biomedicina gerou uma maior segregação entre brancos e negros, baseada na teoria miasmática⁹ (Havik, 2013). A biomedicina irá criar nessa altura uma nova especialidade, a Medicina Tropical, que se dedicaria exclusivamente à análise e ao estudo da saúde nas colónias.

A especialidade “Medicina Tropical”, enquanto ciência colonial, testemunha a implantação de saberes, práticas e instituições disciplinares do Estado moderno europeu.

⁹ A teoria miasmática do século XIX defendia que os “miasmas” seriam “[...] emanções nocivas invisíveis que corrompiam o ar e atacavam o corpo humanos. Os miasmas seriam gerados pela sujeira encontrada nas cidades insalubres, e também por gases formados pela putrefação de cadáveres humanos e de animais” (Mastromauro, 2011: 1).

A Medicina Tropical tornou-se útil na colonização pelo seu papel contras as endemias, sendo a colonização considerada uma “conquista civilizacional e sanitária” tendo por arma o conhecimento biomédico (Porto, 2002). O surgimento desta especialidade em muito se deve ao desenvolvimento epidemiológico da microbiologia, que deu soluções para o controlo de epidemias em África, reforçando a aliança já consolidada entre medicina/ciência/conhecimento e poder.

No caso da África do Sul, situação que se repetiria em vários outros territórios africanos e latino americanos, os primeiros missionários britânicos presentes no território consideravam os obstáculos sociais e políticos apresentados pelos nativos ao imperialismo como um caso de contágio natural ao qual era necessária uma resposta médica (Comaroff e Comaroff, 1992). O corpo negro foi sendo associado a degradação, poluição e doença à medida que o sonho da ação benevolente dos missionários se ia desvanecendo aquando do contacto com os nativos. Apesar disso, mantinha-se a missão curativa anexada à missão civilizadora. Os missionários tentavam “domesticar” o interior do continente, baseando-se na iconografia médica descrita (Gilman, 1985) pelos eugenistas e que representava sempre o Outro como a incorporação da sujidade e da desordem, acrescentando uma corrupção moral que levava a degenerescência física e a ambientes pestilentos (Comaroff e Comaroff, 1992).

Aos poucos, o trabalho dos missionários foi substituído pela instituição de políticas de saúde pública, recentemente criadas, que seriam implacáveis na gestão da saúde e higiene da população negra por esta ser a sua principal fonte de mão de obra (Comaroff e Comaroff, 1992). As pessoas foram disciplinadas e as comunidades existentes foram redistribuídas pelo território, novos povoamentos construídos, de forma a cumprir as regras de higiene, tudo para o controlo de doenças. Os dispensários de saúde iam bem além das simples técnicas médicas, ali eram ensinadas noções sanitárias, de comportamento e atitudes corretas, conceitos também de industrialização, trabalho e obediência, promoção de rotinas de vida que se adequavam ao sistema cultural europeu que se queria impor no território (Jennings, 2008). A medicina missionária tornava quatro coisas possíveis: 1) era um exemplo vivo do “trabalho de Cristo”; 2) permitia a entrada nas comunidades de não-crentes; 3) a eficácia da biomedicina quebrava com as crenças tradicionais e 4) dentro do sistema hospitalar apenas funcionavam noções cartesianas de tempo, espaço, sentido, disciplina e sobriedade (Ibidem: 35). Entretanto, as missões religiosas foram substituídas por dispensários mais complexos e com uma forte incidência nas áreas urbanas e de grande interesse económico. No resto do território, mais inóspito

e menos interessante para o projeto colonial, as missões religiosas continuaram a prestar cuidados de saúde à maioria da população sem acesso a grandes aparatos e recursos económicos (Ibidem).

Esta redistribuição espacial procurava, também, evitar e proibir relações sexuais entre brancos e negros, devido à ideia cristalizada de que estas seriam a origem de várias doenças (Comaroff e Comaroff, 1992). No discurso sobre a exploração do continente africano estava sempre tácito a ideia de que a essência da vida estava no ser orgânico, estudável pela biologia. Os processos invasivos de ver, representar e nomear (Foucault, 1975) davam sentido à diferenciação entre capacidades e funções dos seres vivos e especialmente dos humanos. Os Comaroff (1991 *apud* Comaroff e Comaroff, 1992) definem esta relação com a ligação do território ao corpo como uma investigação do nativo pelo ocidente que funcionava em espelho, em que o Norte se via numa imagem invertida de si. O Outro, na escala do ser, preenchia as brechas que contrastavam com a cultura e a claridade do homem europeu, uma essência natural do africano que se baseava na fisionomia, justificada pelos avanços na anatomia comparada (Comaroff e Comaroff, 1992). O discurso foi crescendo em auto/hétero consciência e em autoridade, Robert Moffat, pioneiro da Sociedade Missionária de Londres entre os Tswana (África do Sul) citado pelos Comaroff (Ibidem: 222) afirmava que:

Africa still lies in her blood. She wants... all the machinery we possess, for ameliorating her wretched conditions. Shall we, with a remedy that may safely be applied, neglect to heal her wounds? Shall we, on whom the lamp of life shines, refuse to disperse her darkness?¹⁰

Para o pensamento da época, a metáfora da cura – física e espiritual – justificava o imperialismo, tornando-se numa ação heroica e não numa invasão a bem do interesse económico da Europa (Comaroff e Comaroff, 1992). A medicalização e ação sanitária nas colónias era, não só necessária como obrigatória, para garantir a plenitude da missão heroica a que se tinha proposto a Europa.

A biomedicina e a gestão de mão de obra

Os processos de higienização começaram com um trabalho sobre as práticas diárias, em nome da decência, da limpeza e da saúde. Na África do Sul procuraram que os Tswana aderissem ao protestantismo (Ibidem) cumprindo assim as regras de bem-estar

¹⁰ “A África ainda jaz no seu sangue. Ela quer... toda a maquinaria que possuímos para melhorar as suas condições miseráveis. Deveremos, com um remédio que poderá ser aplicado com segurança, negligenciar a cura das suas feridas? Deveremos, em quem a lâmpada da vida brilha, recusarmo-nos a dispersar a sua escuridão?” (Comaroff e Comaroff, 1992: 222).

da cultura hegemónica do império. Isto não foi suficiente pois havia uma associação persistente entre o corpo dos africanos e agentes patogénicos que poderiam perturbar o corpo dos colonizadores. Gilman (1985: 231) demonstrou que as mulheres africanas eram consideradas como um dos maiores vetores de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis no fim do século XIX. As doenças venéreas eram uma preocupação para a época, mas os culpados seriam obviamente a sexualidade desenfreada dos nativos, em particular das mulheres. À medida que o estado colonial se foi implantando e as populações iam circulando, com a migração (forçada ou não) de mão de obra, as doenças foram se espalhando pelas comunidades (Comaroff e Comaroff, 1992). Se, num primeiro momento da expansão colonial através dos missionários religiosos, se procurou cuidar os espíritos indígenas, a preocupação rapidamente passou a ser manter a saúde reprodutiva dos seus corpos (Flores, 2013). O estado colonial nada tinha de benevolente neste comportamento, apenas agia em seu favor. Em primeiro lugar, mantinha um certo nível de segregação entre brancos e negros, supostamente, para afastar dos colonizadores as doenças endémicas do território africano; em segundo lugar, esforçavam-se para manter a mão de obra negra em boa saúde para manter altos níveis de produtividade e, finalmente, tinham especial interesse em controlar o estado de saúde das mulheres pois elas, além de servirem como mão de obra na agricultura e outras tarefas, eram quem viria a dar luz a novas gerações de mão de obra.

No caso do império colonial português, os cuidados de saúde foram também essenciais. Em Angola, a importância do sistema biomédico de saúde ia bem mais além de um dispositivo de controlo e gestão da população. Tinha todas essas características, mas era também uma base de sustentação da presença portuguesa em África. O Estado Novo tinha grande apreço em afirmar o seu projeto como particularmente atento à saúde das populações nativas. Esta representação sobre o estado colonial foi um dos argumentos mais fortes para demonstrar a eficácia de missão civilizadora e permitiu que as colónias portuguesas se mantivessem durante alguns anos mais (Varanda, 2014). Ao contrário do que aconteceu com o império britânico, nas colónias portuguesas, até ao final do século XIX, os serviços de saúde eram estatais e constituídos por profissionais que tinham de cuidar da saúde do governador e outros administrativos e representantes do governo (Ibidem). Rossa (*apud* Varanda, 2014: 592) definia a situação na colónia da seguinte forma:

O serviço médico colonial tem um plano detalhado para colmatar as necessidades médicas dos nativos, mas que não tem sido posto em prática. Há apenas alguns médicos no interior, e estes são

muito dispersos. A sua atenção está centrada principalmente na prática clínica para brancos, e em geral, a ajuda médica não está disponível para o nativo... Em epidemias recentes de varíola e gripe, com altas taxas de mortalidade, que conhea não foram tomadas medidas de emergência.

No fundo, o relato de Rossa apenas reflete a lógica da época: era necessário vigiar os africanos, mas a prioridade no cuidado eram os europeus. Numa fase posterior, o governo colonial de Angola viria a prestar mais atenção à população: as guerras de “pacificação” que se travaram até 1940 levaram à privação alimentar dos habitantes, doenças e altas taxas de mortalidades, pelo que era necessário restabelecer a vitalidade das populações. Além disso, nos anos 1960, Portugal enfrentou a Organização Internacional do Trabalho (OIT) que, depois da independência de outras colônias, se questionava sobre a insistência dos portugueses de se manter em África e não seguir o exemplo de outras potências europeias. Este momento de tensão com a OIT levou o governo português a reforçar a sua estreita relação com a Companhia de Diamantes de Angola (Diamang), de forma a poder utilizar os serviços da companhia como exemplo da sua missão civilizadora.

A Diamang, enquanto empresa privada, possuía características particulares dentro do império português. Em 1825, a empresa diamantífera belga Forminière descobriu diamantes na zona adjacente ao nordeste de Angola. Esta descoberta levou à criação em 1912 da Diamang e à atribuição dos direitos de exploração do território (Varanda, 2004: 262). Aquele que, aparentemente, poderia ter sido um simples contrato de exploração igual a tantos outros, transformou-se no contrato mais excepcional do colonialismo português. A Diamang tinha a exclusividade da prospeção de diamantes em todo o território e estava, além disso, isenta de pagamento de impostos sobre alimentos, têxteis, máquinas e outros equipamentos industriais de mineração (Ibidem: 262). O contrato também exigia ao Estado português auxiliar a companhia no recrutamento de mão de obra indígena, desde que, do seu lado, a Diamang prestasse assistência médica, educasse e elevasse a “moral” dos nativos (Ibidem). Em troca, o Estado português recebia 40% dos lucros da empresa e, também, descartava da sua responsabilidade a gestão da população indígena daquela zona inóspita do território. Foram várias as iniciativas conduzidas pela Diamang em complemento dos serviços de saúde, através de políticas de repovoamento e fixação das populações na sua região (Ibidem: 263). Para tal, a empresa fornecia terra cultivável – mas não a sua propriedade – e sementes, um contrato que incluía um ordenado, habitação, comida e serviços de saúde para o trabalhador e a sua família (Ibidem). Assim, a Diamang conseguiu introduzir-se na vida dos nativos de uma forma

que a administração e o exército não conseguiram. Os habitantes estavam sob proteção e influência da companhia, sendo incorporados nas suas forças de trabalho. Estes e muitos outros fatores, como as campanhas de profilaxia¹¹, permitiram que o estado colonial português fosse visto, nacional e internacionalmente, como benéfico e cuidador – necessário para curar os nativos das suas maleitas. Este discurso viria a ser validado pelas instituições internacionais que atestavam a qualidade dos serviços médicos, particularmente da Diamang (Varanda, 2014).

Num relatório da OIT, citado por Jorge Varanda (2014), sobre uma visita às instalações da Diamang, a empresa era a “testemunha abonatória” do projeto colonial português (ILO, 1962), um exemplo da ação civilizatória e das boas condições de vida e da prestação de cuidados no Chitato (ILO, 1971). O Estado Novo, em parceria com a empresa Diamang, precisou também de defender a sua presença junto da Organização das Nações Unidas (ONU), instituição para a qual os cuidados médicos tiveram imensa importância, testemunhando que o colonialismo português era “altruísta”, “eficaz” e “competente”, o que fortalecia os direitos dos portugueses (Varanda, 2014). No entanto, Varanda refere a intervenção das Nações Unidas, em 1961, que demonstrou a sua opinião negativa sobre os serviços de saúde na colónia. As críticas eram especificamente sobre a falta de recursos, de instituições de formação superior e o tratamento diferencial entre brancos e negros (Shapiro, 1983). Nem toda a aparente benevolência do colonialismo português conseguiu esconder durante muito tempo a realidade, de que o aparato colonial, a ter de prestar serviços seriam preferencialmente para os brancos ou aos negros desde que favorecesse a colónia. Depois desta intervenção da ONU, Portugal chamou a Organização Mundial de Saúde (OMS) para apagar a má imagem e fazer uma avaliação profissional dos serviços. O relatório da OMS pedia melhorias na assistência médica nas zonas rurais e na formação dos nativos (Varanda, 2014).

Fica claro neste cruzar de relatórios que os serviços de saúde sustinham a imagem da colónia e que eram essenciais para a sua sobrevivência. Houve também, um investimento constante no discurso do colonialismo científico (Varanda, 2014) e uma tentativa de manter a imagem do império cuidador, que viria para salvar a alma e o corpo dos nativos africanos da degenerescência e da selvajaria. A terminologia utilizada nos

¹¹ Para mais informação sobre as campanhas de profilaxia na Lunda: Varanda, Jorge (2009), “Um cavalo de Tróia na colónia? As missões de profilaxia contra a Doença do Sono da Companhia de Diamantes de Angola (Diamang)”, in Luís Silva Pereira; Chiara Pussetti (org.), *Os Saberes da Cura: Antropologia das Doenças e Práticas Terapêuticas*. ISPA, Lisboa, 79-110.

relatórios para explicar os casos clínicos era explicitamente baseada na diferenciação entre raças (Flores, 2013). Uma diferenciação interiorizada e utilizada pela medicina ocidental como critério médico, reproduzindo a segregação entre indivíduos baseados em estereótipos e representação dos corpos que tiveram origem nas análises da antropologia física e que classificou os africanos com base na sua fisiologia (Ibidem).

Os serviços de saúde de que Portugal se vangloriava perante as recém-criadas instituições europeias, pouco tinham a ver com os direitos humanos consagrados em 1948. A empresa diamantífera acedia dispensar tempo e recursos para cuidar a população, pois era do seu interesse em termos de rendimento e gestão de capital. Até a independência de Angola, em 1975, o governo português apoiou-se na manutenção dos serviços mínimos de cuidados de saúde à população para poder justificar a sua presença. No entanto, os relatórios médicos da Diamang (Ibidem; Varanda, 2006) comprovam que a Diamang, enquanto parte do projeto colonial português, utilizou esses cuidados de saúde e o conhecimento que tinha sobre as populações que tinha sob seu controlo para potenciar as forças de trabalho e manter a exploração de diamantes.

Conclusão

O estabelecimento das colónias levou à modificação da vida de milhares de pessoas. Aqueles cujas vidas não foram roubadas pela morte ou pela escravidão, foi roubado o livre-arbítrio através do trabalho, do controlo, da imposição de usos, costumes, religião e sistemas de crenças que não eram seus. A expansão colonial em África afetou também profundamente o equilíbrio ecológico, fez com que aldeias inteiras tivessem de se deslocar para onde o homem branco decidia que deviam ir (Ferzacca, 2004). A lógica da medicina europeia nas colónias remetia para as visões dos colonizadores sobre o ecossistema e as populações que controlavam. A medicina e as suas técnicas foram adaptadas e utilizadas dentro das categorizações hierárquica e essencialismos binários que representavam o mundo colonial (Bhabha, 1994; Ferzacca, 2004). O imperialismo da medicina da era colonial produziu, e reproduziu, representações e estereótipos sobre os nativos em termos de corpo, higiene, identidade e sociedade (Comaroff e Comaroff, 1992).

Os sistemas de saúde dos estados coloniais repousavam na autoridade, nas certezas produzidas pela ciência e pelo império (Ibidem). A eficácia técnica da biomedicina para lutar contra as doenças e a dor também tornou mais robusta a sua

presença. A sua articulação com o projeto hegemônico, imposto pela colonização, é o resultado de uma conexão entre as relações de poder entre várias esferas da medicina e os grupos dominantes da sociedade (Filc, 2004). Ao ligar-se à biomedicina, o discurso colonial encontrou uma série de justificações científicas para problemas sociais, muitos deles criados pelo próprio colonialismo, que precisava os resolver para poder dominar totalmente as populações nativas.

As próprias categorias de regulação, impostas pelos regimes coloniais, tornaram-se depois da independência, uma medida de progresso e desenvolvimentos dos estados pós-coloniais. No entanto, à semelhança de outras ciências e instituições governamentais, é necessário rever e repensar a medicina aplicada nas antigas colônias e pensar além do racismo científico do colonialismo (Ferzacca, 2004). Uma análise que vai mais além da ultrapassada hierarquia entre seres humanos, mas também sobre práticas, sobre doenças endêmicas, sobre o reconhecimento de outras práticas de cura.

Os estudos pós-coloniais há muito que testemunham que a representação ocidental dos não-ocidentais era um acompanhamento ideológico do poder colonial (Loomba, 1998: 43; Said, 1978). A construção biomédica das doenças, dos corpos coloniais, e a operação do poder colonial para criar subjetividades através da biomedicina foram tecnologias centrais para a construção do império e a manutenção do poder colonial e a ordem das coisas (Park, 2013). Entender o racismo estrutural, que se enraizou com a colonização e o olhar científico sobre as diferenças entre humanos, como apenas um conjunto de ficções, crenças irracionais sobre a superioridade de uns em relação a outros é inadequado e perigoso (Hook, 2005) e impede uma mudança global através da confrontação com a verdade.

É necessário reconhecer que essas construções do Outro não se mantiveram somente no pensamento, foram transpostos nas práticas e nas ações de repressão dos nativos e continuam a alimentar a realidade pós-colonial. A biomedicina, através das representações visuais que estabeleceu sobre as diferenças fisionômicas entre seres humanos, ajudou a pôr em prática aquilo que dava força ao projeto político colonial: uma hierarquia entre brancos e negros, entre civilizados e selvagens.

Referências

Augustyn, Adam; Bauer, Patrícia; Duignan, Brian; Eldridge, Alison; Gregersen, Erik; McKenna, Melissa Pruzellos; Rafferty, John P., Ray, Michael; Rogers, Kara; Tikkanen, Amy; Wallenfeldt, Jeff; Zeidan, Adam; Zelazko, Alicja (1998),

- “Diderot Family”, *Encyclopaedia Britannica*. Consultado a 28.01.2019, em <https://www.britannica.com/topic/Didot-family#ref173704>.
- Bhabha, Homi (1994), “The Other Question – Stereotype, Discrimination and the Discourse of Colonialism”, in *The Location of Culture*. London and New York: Routledge, 66-84.
- Comaroff, John; Comaroff, Jean (1992), *Ethnography and the Historical Imagination*. Boulder. San Francisco and Oxford: Westview Press.
- Fanon, Frantz (1952), *Black Skin White Mask*. Tradução de Charles Lam Markmann. London: Pluto Press.
- Ferreira, Jonatas; Hamlin, Cynthia (2010), “Mulheres, negros e outros monstros: um ensaio sobre corpos não civilizados”, *Estudos Feministas*, Florianópolis, 18(3): 336, 811-836.
- Ferzacca, Steve (2004), “Post-Colonial Development and Health”, in Carol Ember e Melvin Ember (eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology – Health and Illness in the World’s Cultures*. Kluwer Academic/Plenum Publishers, 184-191.
- Filc, Dani (2004), “The Medical Text: Between Biomedicine and Hegemony”, *Social Science & Medicine* 59, 1275-1285.
- Flores, Teresa (2013), “A fotografia médica dos corpos ‘indígenas’. A documentação fotográfica dos Serviços de Saúde da Diamang”, in António Fernando Cascais, *Olhares sobre a cultura visual da medicina em Portugal*. Lisboa: Leya Editores, 366-420.
- Foucault, Michel (1975), *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception*. Tradução de A.M. Sheridan. London: Routledge.
- Foucault, Michel (1976), “História da Sexualidade I – A vontade de saber”. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J.A. Guilho Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, Michel (1977), *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. Tradução de Alan Sheridan. New York: Pantheon Books.
- Gaines, Atwood; Davis-Floyd, Robbie (2004), “Biomedicine”, in Carol Ember e Melvin Ember (eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology – Health and illness in the World’s Cultures*. Kluwer Academic/Plenum Publishers, 95-109.
- Gilman, Sander (1985), “Black Bodies, White Bodies: Toward an Iconography of Female Sexuality in Late Nineteenth Century Art, Medicine and Literature”, in Henry

- Louis Gates e Kwame Anthony Appiah (ed.), *Race, Writing and difference*. Chicago: The University of Chicago Press, 223-261.
- Good, Byron (1985), "How Does Medicine Construct its Objects", in *Medicine, Rationality and Experience*. Cambridge: Cambridge University Press, 65-87.
- Hall, Stuart (1997), "The Work of Representation", in *Representation: Cultural Representation and Signifying Practices*. London: Sage Publications, 13-74.
- Hall, Stuart (1997), "The Spectacle of the Other", in *Representation: Cultural Representation and Signifying Practices*. London: Sage Publications, 223-290.
- Havik, Philip J. (2013), "Saúde pública, microbiologia e a experiência colonial: o combate à malária na África Ocidental (1820-1915), in Cristiana Bastos e Renilda Barreto (org.), *A Circulação do Conhecimento: medicina, redes e impérios*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 375-416.
- Hook, Derek (2005), "The Racial Stereotype, Colonial Discourse, Fetishism and Racism", *Psychoanalytic review*, 92 (5), 701-734.
- International Labour Organization (ILO) (1962), *Official Bulletin*, n.45, supl. 2, n.2.
- International Labour Organization (ILO) (1971), *Report of the Committee of Experts on the Application of Conventions and Recommendations*, International Labour Conference, 56th session, report 3, part 4. Geneva: ILO.
- Jennings, Michael (2008), "Healing of Bodies, Salvation of Souls': Missionary Medicine in Colonial Tanganyika, 1870s-1939", *Journal of Religion in Africa* 38 (2008), 27-56.
- Lock, Margaret (2004), "Medicalization and the Naturalization of Social Control", in Carol Ember and Melvin Ember (eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology – Health and Illness in the World's Cultures*. Kluwer Academic/Plenum Publishers, 116-125.
- Loomba, Ania (1998), *Colonialism/PostColonialism: The New Critical Idiom*. New York: Routledge.
- Mastromauro, Giovana Carla (2011), "Surtos epidêmicos, teoria miasmática e teórica bacteriológica: instrumentos de intervenção nos comportamentos dos habitantes da cidade do século XIX e início do XX, in Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH, São Paulo.
- Park, Jin-kyung (2014), "Picturing Empire and Illness", *Cultural Studies*, 28(1), 108-141.
- Porto, Nuno (2002), "O corpo nas colônias: a comunidade na margem do Império – o caso da Companhia de Diamantes de Angola", in Maria Irene Ramalho e António

- Sousa Ribeiro (eds.), *Entre ser e estar: raízes, percursos e discursos da identidade*. Porto: Edições Afrontamento, 312-352.
- Said, Edward (1978), *Orientalismo – Representações ocidentais do Oriente*. Tradução de Pedro Serra. Lisboa: Livros Cotovia.
- Santos, Boaventura de Sousa (2014), *Epistemologies of the South – Justice Against Epistemicide*. New York: Routledge.
- Varanda, Jorge (2006), “When Medicine Organised Labour: Medicine, Anthropometrics and Ethnicity”, in “*A Bem da Nação*”: *Medical Science in a Diamond Company in Twentieth-Century Colonial Angola*. London: University College of London.
- Varanda, Jorge (2014), “Cuidados biomédicos de saúde em Angola e na Companhia de Diamantes de Angola, c. 1910-1970”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 21(2) 2014, 587-608.
- Weaver, Hillary (2009), “The Colonial Context of Violence. Reflection on Violence in the Lives of Native American Women”, *Journal of Interpersonal violence*, 24(9), 1552-1563.