



Frontispício:

Design – Susana Cruz

Fotografia – Hospital-Colónia Rovisco Pais (Domínio público)





**Orientadora:**  
**Prof. Doutora Maria Paula G. Meneses**

**Co-orientador:**  
**Prof. Doutor Luís Quintais**

Com amor a Jaime Cruz, levado demasiado cedo pelo  
HIV-SIDA e significados perniciosos que transporta.





## **Agradecimentos**

Esta dissertação é a conclusão de uma viagem intensamente vivida e partilhada com diversas pessoas. É a elas que dirijo estes agradecimentos.

O meu primeiro obrigado vai para o projecto “o Hospital-Colónia Rovisco Pais: antropologia e história em contexto”. Este projecto foi desenvolvido no Departamento de Antropologia da Universidade de Coimbra, e recebeu apoio financeiro do Instituto de Investigação Interdisciplinar da Universidade de Coimbra. No seu âmbito foi-me concedida uma bolsa de investigação entre 1 de Fevereiro de 2006 e 31 de Maio de 2007, que me permitiu realizar a pesquisa a que esta dissertação se reporta. Este projecto nasceu da sagacidade e do empenho da sua coordenadora, a Prof. Dra. Ana Luísa Santos, que reconheceu a importância histórica de um lugar esquecido pelo mundo, e que teve o arrojo de idear um projecto de investigação interdisciplinar que colocasse em diálogo diferentes áreas do conhecimento antropológico. A ela serei sempre profundamente grata pelo apoio inestimável que me ofereceu. Ao Prof. Dr. Luís Quintais os meus agradecimentos parecer-me-ão sempre parcos. A ele agradeço a generosa confiança que, continuamente, e, para mim, tantas vezes surpreendentemente, me tem oferecido. Tanto o brilhantismo do seu trabalho académico, quanto o seu encorajamento como professor e amigo, têm sido determinantes para o meu percurso. O meu agradecimento à Prof. Dra. Sandra Xavier estende-se ao tempo em que fui sua aluna na licenciatura, durante o que muito beneficiei do seu espírito crítico e penetrante. Neste projecto pude, uma vez mais, aprender com o seu olhar perspicaz. Finalmente, ao Vítor Matos a minha gratidão desprende-se do verbo e desenha-se num abraço, por ser tão ampla e profunda. Com ele aprendi muito do que, hoje, sei sobre a lepra. Juntos fizemos de um Renault Twingo, em viagens diárias até ao antigo Hospital-Colónia Rovisco Pais, um lugar de uma “interdisciplinaridade vivida”. O seu amparo e os seus conselhos foram absolutamente determinantes no curso da investigação etnográfica e, se a experiência do encontro etnográfico tende a assumir um carácter iniciático para o etnógrafo, a minha estará, sempre, imbricada nesse espanto partilhado, que teceu, também, uma amizade insubstituível.

O acolhimento no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais, pautou-se pela exemplaridade, tanto institucional, quanto humana. Sendo impossível nomear todos aqueles que, quotidianamente, me receberam com uma disponibilidade sempre pronta, dirijo o meu agradecimento aos seus funcionários, nas pessoas do Dr. Santana Maia, da Dra. Madalena Rico e do Dr. Pagaimo. À Dra. Madalena Rico quero agradecer, muito especialmente, o estímulo pessoal que sempre conferiu à investigação desenvolvida.



O Programa de Pós-Colonialismos e Cidadania Global ampliou o meu mundo, ao dar-me a conhecer outros mundos, trazidos pelas pessoas que por ele passaram. O meu grato reconhecimento aos professores que leccionaram e que compõem a coordenação deste Programa. Quero, contudo, dirigir umas palavras aos professores que mais me acompanharam neste percurso.

Em primeiro lugar, à minha orientadora, a Prof. Dra. Maria Paula G. Meneses, devo um estímulo constante, uma confiança tranquilizadora e desafios vivamente enriquecedores. Agradeço-lhe muitíssimo a amizade e a sagacidade com que sempre respondeu às minhas inquietações, bem como as suas penetrantes sugestões que, ao longo do caminho, foram, afinal, amplificando o próprio caminho, mas também dotando-o de pontes que conduzem, hoje, a novos horizontes e caminhos futuros. À sapiência do Professor Doutor Boaventura de Sousa Santos, ao estímulo criativo que inspira nos seus alunos, às suas sugestões notáveis ao meu trabalho, mas também à sua extraordinária capacidade de aproximar universos teóricos, sociais e humanos, um profundo obrigado. Com a Prof. Dra. Margarida Calafate Ribeiro aprendi que as respostas para os problemas circulam por diversos universos teóricos e que, como tal, um investigador deve fazer do trânsito intelectual um ponto fixo de abertura epistemológica. A Prof. Dra. Margarida Calafate Ribeiro inspirou-me a transgredir fronteiras e, com isso, a explorar terrenos que me inibia de visitar. Finalmente, quero destacar o valioso contributo do Prof. Dr. João Arriscado Nunes que, em muito, fez ampliar o escopo da minha reflexão. Pelo seu interesse, disponibilidade, e brilhantismo entusiasmante lhe agradeço.

Dada a impossibilidade de nomear todos aqueles que compuseram a turma de Pós-Colonialismos e Cidadania Global, envio um obrigado do tamanho da turma que abarque todos os que a compuseram! Impossível será referir, também, todos aqueles (e foram tantas e tantos) que visitaram e enriqueceram a nossa turma, de modo que lhes dirijo os meus agradecimentos destacando o exemplo de brilhantismo e de generosidade da Nilma Gomes.

Entre os meus colegas envio um obrigado muito especial para a Ana B. Pereira, para a Élide Santos e para o Lourenço Cardoso, que trouxeram até mim paisagens inéditas de experiência, de sentido e de lealdade. O contributo generoso e perspicaz da Ana B. Pereira, nas nossas longas discussões sobre o corpo e sobre a biomedicina, que acabam, sempre, por deslizar para universos bem mais diáfanos, foi fundamental no desenvolvimento da minha reflexão, para o que contou, também, a confiança que sempre me concede nas respostas às minhas hesitações. Sem hesitações é como se oferta a amizade, a inteligência e o auxílio, sempre pronto e sempre valioso, da Élide Santos. A sua lucidez e a sua admirável capacidade

para conferir sentido aos mais variados universos têm sido um préstimo incontornável. Com ambas, a alegria de pensar duplicou-se na alegria maior de “pensar junto”.

A minha gratidão vai, também, para os bibliotecários do Centro de Estudos Sociais, Maria José Carvalho e Acácio Mendes, pela mestria e amabilidade do seu auxílio.

O meu grato reconhecimento à equipa do *Curso Internacional de Leprología* organizado pelo Sanatório San Francisco de Borja, Antiga Leprosaria de Fontilles.

A minha gratidão a Cristiana Gaspar que, perante a minha inabilidade, me prestou um auxílio valioso, sem que eu lhe pedisse, logo mais valioso ainda, com a formatação desta dissertação. Agradeço, igualmente, ao Vítor Matos pelo auxílio nesse mesmo processo.

À minha tia Susana Cruz um profundo obrigado pela beleza que ofereceu a esta tese oferta de uma capa por ela criada.

Ao Arquitecto Carlos Manuel Ramos que, generosamente, colocou à disposição do projecto “O Hospital-Colónia Rovisco Pais: antropologia e história em contexto” o respectivo espólio do seu pai, o Arquitecto Carlos Ramos, responsável pelo desenho do Hospital-Colónia Rovisco Pais.

Ao meu avô, Nuno Teotónio Pereira, devo, antes de tudo, o carinho da sua confiança inabalável mas, também, o seu auxílio para o entendimento do projecto arquitectónico do Hospital-Colónia Rovisco Pais, substanciado numa tarde inundada pelo sol, passada a palmilhar os terrenos esquecidos do antigo Hospital-Colónia Rovisco Pais e a ler nas paredes dos seus edifícios parte da história que buscávamos compreender.

Obrigada aos meus irmãos, Inês Cruz e Tiago Pereira, pela sua lealdade incorruptível.

Obrigada à minha mãe, Maria Alexandra Cruz, meu exemplo de amor e de integridade, e que sempre lança invisíveis redes para o lugar das minhas quedas.

Ao Ricardo, cuja importância na minha vida não cabe em nenhuma palavra até hoje inventada.

Por fim, obrigada aos utentes do Serviço de Hansen do Centro de Medicina de Reabilitação Centro – Rovisco Pais, que me acolheram nas suas vidas com a mais bonita generosidade que conheci até hoje, tudo me dando e sem nada pedir em troca.





## **Resumo**

Esta dissertação desenvolve uma reflexão em torno da representação e da experiência da lepra na modernidade ocidental, almejando desvendar os trânsitos entre ambas. Tendo como escoro empírico uma pesquisa etnográfica e documental desenvolvida na última leprosaria portuguesa, o Hospital-Colónia Rovisco Pais, o seu enfoque analítico recai no período histórico que viu erguer e derribar o modelo da leprosaria moderna, nas sociedades metropolitanas desenhadas pelo higienismo em aliança com o projecto epistémico e político do colonialismo. Esta reflexão avoca como premissa de que existe um modo especificamente moderno de olhar a lepra, e de que este é configurado, sobretudo, pelo discurso hegemónico da biomedicina, que classifica a lepra como doença a erradicar, gizando-a como um resíduo de atraso civilizacional que urge expurgar dos territórios da modernidade. Esta representação teve como corolário a subalternização dos doentes de lepra e a reiteração do estigma como ontologia do doente de lepra. Como tal, buscar-se-á destrinçar a tessitura da representação moderna da lepra e dos mecanismos de exclusão que accionou, a par com a emergência da experiência desta enfermidade pelas pessoas que a conheceram nos seus corpos e nas suas vidas, anelando, por fim, desvelar os campos intersticiais de porosidade entre ambas.

### **Palavras-chave:**

Doença de Hansen, Leprosaria, Biomedicina, Higienismo, Colonialismo, Estigma, Experiência, Subalternidade, Exclusão, Tacto



## **Abstract**

This thesis concerns the representation and the experience of leprosy in the western modernity, seeking to uncover the transits between both. Empirically anchored on an ethnographic and documental research developed in the last Portuguese leprosarium, the Hospital-Colónia Rovisco Pais, its analytical focus regards the historical period which saw the rise and the fall of the modern leprosaria on the metropolitan societies that were being delineated by the hygienist movement in alliance with the epistemic and political project of colonialism. This thesis presupposes that there is a specifically modern way of regarding leprosy, namely configured by the hegemonic discourse of biomedicine, which aims at the eradication of leprosy, by classifying this disease as a civilizational residue of retardation that demands being expelled of the modernity's territories. This representation reiterates the stigma as ontology for people with leprosy, rendering them subaltern subjects. Therefore, it will be aimed, here, to unravel the weaving of the modern representation of leprosy along with the emergence of this infirmity's experience by the people who knew it on their bodies and lives, intending, at last, to unveil the interstitial spaces of porosity between both.

## **Keywords:**

Hansen's disease, Leprosarium, Biomedicine, Higienism, Colonialism, Stigma, Experience, Subalternity, Exclusion, Touch

## Índice

<b>Introdução</b>	<b>1</b>
<b>1. No terreno vaporoso da memória</b>	<b>13</b>
<b>2. A “doença” como um limiar entre a destruição e a criação do mundo</b>	<b>29</b>
2.1. O corpo no laboratório biomédico: a biomedicina como um vocabulário social	29
2.2. Repondo o corpo na intencionalidade humana	38
2.3. A destruição e a criação do mundo: a “doença” como um limiar	43
<b>3. A opacidade do véu</b>	<b>51</b>
3.1. A substanciação do pecado: a lepra na Bíblia	51
3.2. A morte em vida: a lepra no imaginário medieval	57
3.3. A escultura biomédica da doença de Hansen: a lepra na modernidade ocidental	61
3.4. De uma impureza moral a uma impureza patogénica	71
3.5. A metaforização de uma <i>doença residual</i>	87
<b>4. A última leprosaria portuguesa</b>	<b>91</b>
4.1. Da ignomínia do atraso ao louvor da modernidade	92
4.2. A lepra, esse <i>mal sujo e antigo</i> : a utopia biomédica de Bissaya Barreto	101
4.3. A criação duma comunidade asséptica para conter uma doença impura	107
4.4. A vitória na erradicação dessa <i>mancha de lepra</i>	124
4.5. Corpos visíveis, sujeitos invisíveis: a ordenação do espaço público e a reinvenção do <i>leproso</i>	127
<b>5. A transparência do toque</b>	<b>133</b>
5.1. O diagnóstico de lepra como uma <i>acusação</i>	135
5.2. A oclusão disciplinar: o internamento no Hospital-Colónia Rovisco Pais	146
5.3. A contestação da <i>morte em vida</i>	169
5.4. O medo e o tacto: a inclusão e a exclusão substanciadas	173
5.5. O silêncio como um acto intencional na denegação do estigma	179
5.6. A fealdade da palavra lepra e o desconhecimento como a matéria que a desenha	184
<b>6. Interstícios de sentido</b>	<b>189</b>
6.1. Entre o véu e a máscara: a produção da oclusão e a arte secreta da invisibilidade	190
6.2. Entre o Mesmo e o Outro: o tacto e as fronteiras do corpo como zonas de porosidade	208
<b>Conclusão: a lepra nas dobras do tempo</b>	<b>217</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>227</b>
<b>Anexo</b>	





“A sua íntima inquietação, a sua desconfiança contínua e já velha, ouviam pela primeira vez uma resposta, trágica como uma sentença de condenação: leproso!

Havia muito que qualquer coisa em si medrava como o fungo nas espigas verdes. Cresciam-lhe na cara gomos de carne dura, insensível e vermelha. Desconhecia, porém a gravidade do mal, e ninguém, até ali, tivera a crueldade de lho nomear. Amofinado de angústia, estudava ao espelho, com minúcias de investigador, as subtis modificações da expressão, a transfiguração progressiva do seu rosto, mas o chamadoiro da sua desgraça era um mistério. E o que o coração temia sem saber, o que a razão não descobrira claramente, estava ali irreparável e cruel: leproso!”

Miguel Torga, *Novos Contos da Montanha*



## Introdução

A palavra lepra transporta o retinir de um sino. Tal como a imagem medieval<sup>1</sup> do doente de lepra, o *leproso*, composta por um véu cobrindo o rosto desfigurado e por um sino notificando a sua presença, a palavra lepra insinua uma densidade simbólica espectral, velando aquilo que anuncia.

Mas a persistência desse som chega-nos como um eco. A palavra afigura-se arcaica, como a doença que invoca. Inscrita nos universos da memória, insinua-se como mero resíduo, exterior ao presente.

A lepra é, assim, simbolicamente remetida para cenários sociais bíblicos ou medievais. Na confluência de referentes religiosos, históricos e ideológicos, a lepra é bosquejada como memória de atraso civilizacional, tida, muitas vezes, como plenamente erradicada do mundo contemporâneo.

Esta ideia é construída sobre uma falácia. Erradicada no contexto dos países ditos desenvolvidos, permanece endémica em países como o Brasil, a Índia, o Nepal, Angola ou Moçambique. Em 2006, foram oficialmente registados 259 017 novos casos de lepra no mundo (WHO, 2007a). Em Portugal reportaram-se 16 novos casos, duplicando, face a 2005.<sup>2</sup> A imaginação de um “mundo sem lepra”<sup>3</sup> desenha a fronteira entre o Norte e o Sul sociológicos. O Sul, enquanto metáfora que agrega os espaços de exclusão e sofrimento, resultantes das relações de dominação constituintes da modernidade capitalista (Santos, 2000), tem sido asilo para as doenças infecciosas, igualmente como produto de relações económicas e políticas desiguais, como vem sendo apontado pela antropologia médica crítica (Farmer, 1998; 2005).

Esta falácia tem origem numa “razão metonímica”, que exclui aquilo que não abarca no interior da sua totalidade ordenada e que, segundo Boaventura de Sousa Santos (2002: 241-

---

<sup>1</sup> Ao invocar a imagem medieval do doente de lepra, faço alusão ao imaginário, cimentado entre as sociedades europeias, que cunhou de Idade Média um período particular da sua história, descrito nos termos de um processo de retrocesso social e cultural, prenhe de imagens de obscurantismo e miséria, no qual a lepra figura como um dos flagelos que assolavam as suas populações. Na verdade, a construção simbólica de uma Idade das Trevas afigura-se particularmente eficaz na legitimação da modernidade como um projecto de emancipação, contribuindo, com isso, para a universalização do seu ímpeto desenvolvimentista e expansionista. Sobre uma crítica à naturalização da história europeia como História Universal e da invenção do medieval como estratégia de obscurecimento da influência de saberes não europeus para a Revolução Científica, por um lado, e do protagonismo ibérico na primeira modernidade europeia, por outro, ver Dussel (2007) e Mignolo (2003).

<sup>2</sup> Segundo o relatório de 2002-2006 da Direcção Regional de Saúde sobre as doenças de declaração obrigatória, acessível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008987.pdf>.

<sup>3</sup> “Por um mundo sem lepra” é o lema da International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP). Ver: <http://www.ilep.org.uk/>.

242), subjaz às cartografias cognitivas, epistemológicas e políticas da modernidade ocidental. A erradicação da lepra, nos espaços nutridos pela epistemologia metonímica ocidental, teve como corolário a crença falaciosa na extinção desta enfermidade, e a concomitante configuração simbólica da mesma como uma patologia do passado.

A representação da lepra como uma doença atribuída ao passado e ao atraso estrutural, é reforçada pelo discurso desenvolvimentista da agenda contemporânea para a sua erradicação, encimada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Em 1991, a OMS elaborou um programa para a eliminação global da lepra como problema de saúde pública, que inclui, desde 1995, a distribuição gratuita da medicação aos países endémicos, e cujas directrizes apontam o diagnóstico precoce como medida profilática e preventiva de sequelas, e a integração dos cuidados nos serviços gerais de saúde. Não obstante, tal como outras enfermidades infecto-contagiosas, a lepra permanece sujeita a notificação compulsiva (Moreira, 2003; WHO, 2007b).

Conquistada a cura (não obstante verificarem-se casos de multiresistência à terapêutica actual), o anelo da erradicação dirige-se, hoje, ao estigma enlaçado na doença. Com efeito, o estigma é apontado como o principal obstáculo à sua erradicação, dado que, devido ao receio de respostas de rejeição social, os doentes tendem a encobrir os sintomas, evitando o diagnóstico e dificultando, subsequentemente, o tratamento. Embora a estratégia global de eliminação da lepra, com assento no modelo biomédico, se centre na intervenção farmacológica sobre o corpo individual enfermo, a representação social desta enfermidade alia-se ao seu agente etiológico na sua difusão. Esta evidência tem conduzido a um investimento crescente na reformulação da imagem social da lepra, com vista à elisão do estigma. Na sua esteira, o próprio termo lepra vem sendo substituído pelo termo doença de Hansen (Moreira, 2003).<sup>4</sup>

Mas se a representação social da lepra é reconhecida como um problema, tal não significa que seja tida como problemática ou interpelada criticamente. Interdita, simbolicamente, a palavra lepra, procurando-se, com isso, esvaziar o conteúdo pernicioso da imaginação pública desta enfermidade, a densidade histórica do estigma transpõe os mecanismos erigidos para o conter, aninhando-se, ainda, no quotidiano daqueles que dela padecem.

Indubitavelmente, o denso investimento metafórico dirigido historicamente à lepra é um processo exemplar do que Sontag (1991) descreveu como a imputação de significados morais

---

<sup>4</sup> No Brasil a substituição do termo lepra por doença de Hansen foi objecto de legislação em 1976 (ver Maciel, 2003: 311).

a uma doença, transmutando-a numa metáfora com emprego adjectival. No caso da lepra, a eficácia simbólica deste processo é atestada pela fusão semântica com a noção de estigma, que exporta o uso do termo lepra para contextos ermos desta enfermidade. O conceito de estigma atravessa, inelutavelmente, os múltiplos significados atribuídos a esta doença, como marca aviltante inscrita nos corpos dos doentes de lepra, transfigurando a lepra num epítome para a exclusão social. Pelo que, a lepra, enquanto signo, desdobra-se em densas constelações de significado, convertendo, em torno, a própria enfermidade e os que dela padecem num objecto opaco, onde se incrustam imagens de contágio e de corrupção física que accionam respostas de temor social.

Enunciar as imagens que a palavra lepra invoca, significa percorrer um desastroso trajecto de enumeração de estereótipos. Contornando o protagonismo dos mesmos na imaginação pública desta enfermidade, bastará invocar aqui a ideia do contágio através do toque, que transfigura os doentes em sujeitos *intocáveis*, sentenciando-os ao oximoro de uma *morte em vida*, ou ao assombroso espaço da *leprosaria*, onde essa antitética vida teria lugar. Mas é a sombra do corpo com lepra que projecta a fronteira entre o que é e o que não é humano. O *leproso*, segregado do espaço social e cobrindo as suas chagas com um véu, é representado como estando desprovido de traços que assinalam a sua individualidade, convertido numa massa homogénea que não vale a pena diferenciar, como nos diz Foucault (1977a), ou seja, *inumanizado*.

Os exemplos contemporâneos da persistência do uso adjectival da lepra abundam, como se verificou na inauguração, em 2007, da nova igreja da Santíssima Trindade no Santuário de Fátima (*Público*, 15-10-2007: 7):

“Papa e cardeal Bertone coincidem na condenação da “lepra” do espírito e do pecado. [O Papa] ... comentando em italiano os textos bíblicos da missa de ontem, criticou a «lepra do espírito que desfigura o rosto da humanidade» e apelou a uma «verdadeira conversão» dos cristãos.”

A persistência das imagens negativas associadas à doença acarreta sérias consequências para aqueles que a enfrentam nos seus corpos e vidas. Com efeito, os doentes de lepra, historicamente sujeitos a sucessivos processos de segregação social, continuam a enfrentar barreiras a uma cidadania plena nas suas redes sociais. De igual modo, as estratégias para a erradicação da lepra, reiteram a constituição destes sujeitos em meros receptáculos de práticas profiláticas e terapêuticas, apropriando os seus corpos como campos para a batalha entre a lepra e o saber biomédico, da qual o indivíduo enfermo é apenas espectador. Esta batalha



espelha, ainda, uma outra, imanente ao discurso político contemporâneo, entre o atraso e o desenvolvimento ou, sob o ponto de vista simbólico, entre o passado e o presente, tal como são linearmente concebidos pelo ímpeto moderno no devir.<sup>5</sup> Obliterada qualquer voz experiencial ou política dos doentes de lepra, o espectro do *leproso* retorna, sugerindo a segregação dos primeiros dos processos históricos coevos. Significa isto que a lepra é, por excelência, uma doença atribuída a um Outro, e que, como tal, é expelida, simbolicamente, para os universos da exterioridade, deslizando para a obscuridade das margens. Disso exemplo, é o facto de grande parte da história moderna da lepra permanecer encoberta pelo véu do silêncio. Com efeito, entre a descoberta do agente etiológico da lepra, o *Mycobacterium leprae*, em finais do século XIX e a conquista de uma terapêutica eficaz, em finais da primeira metade do século XX, foram erigidas leprosarias na maioria dos países ocidentais, cuja existência permanece largamente desconhecida pela opinião pública.

Gould (2005: 1), um autor que se vem ocupando da história da lepra, confessa como para a sua geração, nascida na década de 1930, a lepra tendia a ser considerada como uma doença que acontecia num outro tempo ou num outro lugar:

“[os doentes de lepra] Eram a matéria dos pesadelos; mas ao mesmo tempo havia algo caricatural, quase irreal, na sua radicalidade (...) A lepra acontecia num outro lugar, num outro país, quase – parecia-o – num outro tempo. Era uma relíquia arcaica e as pessoas que dela sofriam, parecendo tão estranhamente inumanas, existiam numa espécie de anomalia temporal. Não era uma ameaça, como o era, por exemplo, a poliomielite; nem sequer era bem uma doença; tal como a pobreza de onde parecia emergir, era mais uma condição de vida.”<sup>6</sup>

O véu permanece esbatendo os contornos que possibilitam o reconhecimento e a reciprocidade. O sino persiste balindo fronteiras entre a inclusão e a exclusão. A lepra desenha, ainda, espaços de invisibilização social e de silenciamento político. O que apela ao desfiar crítico da sua tessitura simbólica, urdida no contexto histórico da modernidade ocidental, e cujos filamentos remontam ao legado da ideologia judaico-cristã.

Basta de espectros. Se a relação entre representação e experiência prefigura uma tensão, no caso da lepra, a mediação através do estigma dramatiza-a, e produz um desencontro. Desencontro que se faz sentir, também, na investigação social sobre esta doença, quer na análise historiográfica, da qual se ausenta uma abordagem que localize criticamente a

---

<sup>5</sup> Sobre uma “monocultura do tempo linear” ver Santos (2002: 247).

<sup>6</sup> Esta e outras traduções são da minha responsabilidade.

---

leprologia moderna enquanto um produto sócio-cultural, quer na recolha da memória oral que, na sua maioria, se tem cingido a um registo biográfico das histórias de vida dos doentes de lepra, que pende à obliteração da sua participação no espaço público enquanto sujeitos históricos. Neste contexto, o estigma tem emergido, igualmente, como elemento central para a compreensão sociológica e antropológica da lepra, numa perspectiva que, todavia, tende a reificá-lo. Expressões como “o estigma da lepra é tão antigo quanto a doença” (Jopling, 1991: 2), perduram nas análises históricas e sociais desta enfermidade, reforçando o vínculo dessa associação. Em verdade, a pesquisa em torno do estigma associado à lepra, tem incidido na apreciação, de carácter tendencialmente universalista, da sua presença em contextos sociais e culturais diversos, e na descrição de respostas meramente adaptativas ao mesmo, esvaziadas, como tal, de agencialidade.

Com efeito, os estudos sociais sobre doença têm retomado, em grande medida, a aporia entre representação e experiência (Turner, 2001), tendendo a situar-se em abordagens antagónicas, de pendor construtivista ou experiencial (Good, 1994), obliterando a fecundação mútua entre as práticas sociais e políticas que influem na representação pública da doença e o impacto que as mesmas vêm a ter na história de vida de cada pessoa, perpetuando, deste modo, uma perspectiva agonística entre a sociedade e o indivíduo que, em última análise, decorre daquela que opõe a cultura à natureza.

A presente dissertação dirige-se, antes, aos trânsitos entre a representação e a experiência da lepra no contexto histórico da modernidade ocidental, tomando como eixo o modo como esta doença é imaginada no espaço público e a sua inscrição nos corpos e nas vidas das pessoas por ela assolados, ou seja, anelando abarcar as constelações de significado que constituem a lepra, mas também os modos de criação do mundo que suscita. Neste sentido, privilegia, epistemológica e metodologicamente, a porosidade entre o corpo individual e o corpo social, buscando a emergência dos significados oclusos por detrás das representações, historicamente cristalizadas e naturalizadas, da lepra e dos doentes de lepra.

Dirigindo-se à representação e à experiência da lepra na modernidade ocidental, a reflexão aqui empreendida ancora-se, historicamente, no contexto do projecto ideológico, científico e político da modernidade. Projecto desenhado por uma Europa que, embora internamente diversa, se imaginou como ponto de chegada da História. Como se verá, alguns dos elementos matriciais que compuseram a cartografia que implementou esse mesmo projecto, contribuíram, decisivamente, para a formulação das modernas respostas sociais, científicas e políticas à lepra. Nomeadamente, essa dependência que a modernidade parece ter da imaginação de um Outro inferior que possibilite o fabrico da superioridade do Mesmo, em

aliança estreita com uma compulsão para conhecer que, uma vez satisfeita, dá lugar a uma compulsão para assimilar (Dussel, 2001 e 2007; Mignolo, 2003; Quijano, 2000; Santos, 2006). Ou seja, a modernidade ocidental, enquanto formulação epistemológica, é indissociável do imperialismo europeu, cuja acção se fez sentir tanto nos territórios colonizados, quanto nos espaços metropolitanos, também estes sujeitos a processos de regulação e de purificação. Na escultura dessas “divisões abissais” (Santos, 2007: 3-4), que definem os termos da dialéctica entre a inclusão e a exclusão radicais, a lepra assoma, inequivocamente, como pertença desse “outro lado da linha” (Santos, 2007: 3), vendo vetada a sua presença nos espaços regulados da modernidade. Por outro lado, e, como se verá, também, a história recente da lepra, em Portugal, reflecte a hierarquização interna do espaço europeu, designadamente a dicotomia epistemológica e política entre o norte e o sul da Europa, que converte o último numa periferia do primeiro (Dussel, 2007; Mignolo, 2003; Quijano, 2000; Santos, 2006).

Tendo em vista o que foi dito, esta dissertação assume como premissa a ideia de que existe um modo especificamente moderno de olhar a lepra, e de que este é configurado, sobretudo, pelo discurso hegemónico da biomedicina, que elege a lepra como doença a erradicar, desenhando-a como um resíduo de atraso civilizacional que urge expurgar dos territórios da modernidade. Esta representação tem como corolário a subalternização dos doentes de lepra, lançando-os num limbo, onde o progresso se digladiava com o atraso, ou dito de outra forma, onde a ordem e a desordem se enfrentam. Estes indivíduos são, assim, esvaziados de agencialidade e segregados da contemporaneidade, exilados dos processos de construção histórica.

Esta representação teve origem no processo, iniciado em finais do século XIX, de medicalização da lepra. Desde então, a lepra tornou-se, progressivamente, num objecto para o saber biomédico, que reivindicou a intervenção junto dos doentes ou, como é habitualmente invocado, o combate à lepra, em clara ruptura com os modelos explicativos prévios, de inspiração bíblica e medieval. Contudo, as imagens de pendor moralista perduram na imaginação pública desta doença, suscitando uma interrogação crítica acerca dessa persistência. Neste sentido, impõe-se interrogar os mecanismos que instigam a persistência do estigma na orla da representação e da experiência da lepra, bem como as razões que conduzem à invisibilização desta enfermidade no espaço público, com o contíguo silenciamento das pessoas que dela padecem. Em suma, importa perceber porque a lepra é tida como uma doença à parte. Para uma análise crítica da representação pública da lepra e das respostas sociais à mesma, importa, concomitantemente, indagar por detrás da opacidade

---

alteada em seu torno, fazendo emergir as vozes silenciadas dos doentes de lepra. Por conseguinte, esta dissertação intenta aceitar o desafio, lançado por Santos (2002: 246-247), do desenvolvimento de uma “sociologia das ausências”.

É importante esclarecer que ao enunciar a persistência dos modos de exclusão dos doentes de lepra na modernidade em associação com o modelo biomédico, não pretendo obliterar o préstimo inequívoco da pesquisa biomédica para a vida daqueles que padecem de lepra. Esta enfermidade carrega uma longa história de vidas em que a presença da lepra infligiu pesado sofrimento. A terapêutica actual, ofertando não só a cura, mas também a prevenção de sequelas, significa um avanço de cariz emancipatório para os doentes de lepra. Por conseguinte, a apreciação crítica dos processos biopolíticos concernentes à lepra, não deve elidir a nefasta acção da lepra no organismo humano sem tratamento. Contudo, ao pesquisador social cabe analisar os processos sociais configurados pelo saber e pela prática biomédicos. O que persigo, especificamente, nesta dissertação é, portanto, a relação entre a construção da lepra como um objecto pela biomedicina e as identidades e experiências sociais gestadas no processo de medicalização.

Refira-se que, dada a vastidão histórica, cultural e experiencial que constituem as múltiplas faces da lepra, qualquer investigação a seu respeito depara-se com o desafio de procurar compreender uma doença que desponta como um objecto cultural com uma história extraordinariamente vasta, assumindo variadas configurações contextuais. Como tal, no profuso universo constitutivo da lepra, a análise aqui empreendida procura focar o olhar no contexto da modernidade ocidental, durante o período entre a descoberta do agente causador da doença por Gerard H. A. Hansen, em 1873, e a descoberta do primeiro tratamento eficaz na cura da lepra por Guy H. Fauget, na década de 1940, desviando, não obstante, a ponderação, aquando as teias de significado perseguidas o instigarem. Este período pode ser descrito como o que deu origem e sustentou a leprosaria moderna. Como foi referido atrás, desde finais do século XIX até meados do século XX, erigiram-se leprosarias por toda a Europa e outras regiões do mundo, sob um modelo de internamento compulsivo dos doentes de lepra, cuja história permanece encoberta. Com o advento da cura para a lepra, estas leprosarias tornaram-se obsoletas e encerraram. Na esteira da proposta de investigação enunciada é fulcral resgatar a memória deste exílio sanitário, que acolhe um questionamento acerca da agencialidade de sujeitos que foram objecto de silenciamento público, onde ecoa a provocatória interrogação de Spivak (1993) “pode o subalterno falar?”.

O interesse neste período decorre da ancoragem empírica da reflexão que aqui se pretende desenvolver. Esta resulta de uma investigação etnográfica e documental, conduzida

na última leprosaria portuguesa, o antigo Hospital-Colónia Rovisco Pais, actual Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais (CMRRC-RP), no âmbito do projecto interdisciplinar “O Hospital-Colónia Rovisco Pais: antropologia e história em contexto” do Departamento de Antropologia da Universidade de Coimbra, financiado pelo Instituto de Investigação Interdisciplinar da Universidade de Coimbra.

Para responder às questões que foram expostas, o olhar será lançado em três sentidos. O primeiro, fazendo uso de uma perspectiva construtivista sobre a doença, buscará destrinçar a tessitura da representação moderna da lepra e dos mecanismos sociais de exclusão que lhe são contíguos. O segundo, almeja a emergência do ponto de vista incorporado de mulheres e homens que experienciaram nos seus corpos e nas suas vidas esta enfermidade, o internamento compulsivo e a adscrição de uma identidade pública como doentes de lepra. Finalmente, o terceiro almeja apreender os trânsitos entre a representação e a experiência da lepra, avocando a contingência e a porosidade das vivências sociais.

Assim, num primeiro capítulo, será exposto o enraizamento empírico da pesquisa desenvolvida, bem como o trajecto metodológico percorrido. Num segundo capítulo, será dada atenção ao quadro epistémico e hermenêutico da biomedicina, provedor de um vocabulário social no seio de sociedades medicalizadas, no âmbito de uma crítica construtivista que desenrede a naturalização biomédica da categoria “doença” e das doenças infecto-contagiosas, em particular. Aí, será proposta a consideração da “doença” como um limiar entre a *destruição* e a *criação do mundo*,<sup>7</sup> de modo a dar conta dos resultados díspares que o diagnóstico de uma doença infecto-contagiosa produz no corpo social e no corpo individual, segundo uma perspectiva que concilie uma análise construtivista com uma apreciação fenomenológica.

Um terceiro capítulo tentará desfiar a urdidura representacional da lepra na modernidade ocidental, para o que será incontornável uma incursão histórica que transite pelas raízes bíblicas e medievais da imaginação pública desta enfermidade, bem como pela inauguração da leprologia moderna, em ordem a iluminar o complexo enredo do processo de medicalização da lepra.

O quarto capítulo aprofundará o escopo da análise com o detalhe histórico da edificação da última leprosaria portuguesa, o Hospital-Colónia Rovisco Pais, inaugurado na década de 1940, com vista ao tratamento, estudo e profilaxia da lepra, sob a determinação do internamento compulsivo dos doentes de lepra. Este foi um importante projecto higienista do

---

<sup>7</sup> Invoco as ideias de *criação* e de *destruição do mundo* na esteira da reflexão de Scarry (1985).



Estado Novo, no qual se fizeram combinar elementos transnacionais, afins à leprologia moderna, com a ideologia paternalista do regime ditatorial português. O exame do modelo alteado permitirá aprofundar a compreensão da representação moderna da lepra e da história recente desta enfermidade em Portugal.

A emergência da experiência da lepra ocupará um quinto capítulo, preenchido pelos testemunhos dos ex-doentes de lepra residentes no Serviço de Hansen do CMRRC-RP, antigos internados no Hospital-Colónia Rovisco Pais. Aqui, anelar-se-á, sobretudo, desvelar os significados construídos em torno da sua experiência enquanto doentes de lepra e como internados no Hospital-Colónia Rovisco Pais.

Um derradeiro capítulo buscará iluminar os trânsitos entre a representação e a experiência da lepra. Procurando evitar a reificação do estigma como ontologia do doente de lepra, situarei, aí, o exame da sua presença no lastro desta enfermidade, de modo a articular a ponderação dos mecanismos de edificação social do estigma com a experiência do mesmo. Será, igualmente, nesse espaço intersticial que conduzirei a análise da produção activa dos doentes de lepra como “ausências” (Santos, 2002: 246-247) em paralelo com o questionamento do que, na esteira de Bhabha (2005a) poderá ser invocado como uma agência subalterna. Por fim, a partir da experiência das pessoas que conheceram nos seus corpos e nas suas vidas a lepra e os significados sociais que lhe são adscritos, será discutida a possibilidade de uma ampliação do entendimento fenomenológico das dimensões sensoriais da socialidade humana e dos processos de classificação social.

Mas, antes, impera uma explicitação acerca das razões que me levam a fazer uso do termo lepra neste texto. Se, actualmente, é incrementada a metamorfose semântica de lepra em doença de Hansen, pretendendo-se, com isso, a diluição do estigma associado a esta enfermidade, a experiência dos ex-doentes de lepra residentes no Serviço de Hansen do CMRRC-RP moldou-se num diagnóstico de *lepra* (na época uma doença incurável), na representação social da *lepra* e no imaginário metafórico em torno da *lepra*. Assim, introduzir neste texto termos coevos para a doença, significaria uma traição à vivência dos processos simbólicos, terapêuticos, sociais e políticos constitutivos da *lepra*. Tanto mais que, apesar da interdição contemporânea em torno do termo, estes indivíduos não incorporaram as expressões hoje veiculadas, reflectindo a historicidade da sua experiência, mas também da própria enfermidade, enquanto objecto produzido no dédalo entre o corpo e a história. Ao contrário, a palavra “leproso” marcará presença nesta dissertação com o propósito exclusivo de apontar a violência da inscrição da representação social da lepra nas pessoas que dela padecem, pelo que será, sempre, assinalada com o recurso a itálico ou entre aspas.

Para me referir às pessoas, no passado, internadas compulsivamente no antigo Hospital-Colônia Rovisco Pais, e, hoje, utentes do Serviço de Hansen do CMRRC-RP, recorrerei à insatisfatória designação de ex-doentes de lepra que, em certa medida, padece da mesma reiteração da persistência simbólica da lepra nas suas vidas (não obstante a cura clínica) que intento analisar criticamente nesta dissertação. Porém, é, precisamente, devido ao facto destas pessoas já não serem doentes de lepra mas as suas identidades permanecerem, ainda, densamente condicionadas pela história da lepra nos seus corpos e nas suas vidas, que o termo ambíguo e, de algum modo, redutor, prova ser o mais adequado no âmbito desta reflexão.

Finalmente, tendo em vista que nesta dissertação a compreensão da lepra se dirige à compreensão ocidental moderna da lepra, convém delinear, aqui, sucintamente, algumas noções primárias sobre a etiologia e nosologia biomédicas da lepra.<sup>8</sup>

A lepra é uma doença infecciosa crónica, causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, que afecta sobretudo os nervos periféricos e a pele, transmissível entre, e virtualmente confinada, ao seres humanos. Devido ao falhanço em reproduzir a bactéria *in vitro*, permanecem por confirmar os modos de transmissão, o período de incubação e factores relacionados com a imunologia humana.

Apesar da sua representação social como uma doença altamente contagiosa, a lepra é a menos contagiosa das doenças infecto-contagiosas, e a sua transmissibilidade é variável consoante o tipo de resposta imunológica de cada indivíduo. A transmissão da lepra faz-se depender da contagiosidade do sujeito infectado, da susceptibilidade do indivíduo em contacto e da proximidade, frequência e duração desse contacto. Assim, verifica-se que a maioria das pessoas em contacto com a doença não vêm a desenvolvê-la. A probabilidade da sua propagação através do toque vem sendo refutada, comprovando-se, em torno, a sua transmissão através das vias respiratórias. Outras possíveis vias de contágio são os lepromas ulcerados, o leite materno, a urina e as fezes. A sua eventual transmissão através de vectores, como insectos, e a sobrevivência dos bacilos fora do corpo humano até 40 dias, têm vindo a ser reconsideradas. Apesar da sua variabilidade, aceita-se que o tempo médio da incubação se situe entre os 2 e os 10 anos.

A resposta do sistema imunitário determina, igualmente, o tipo de lepra adquirida. Desde 1982, a OMS convencionou a classificação da lepra em três tipos, a saber: “lepra indeterminada”, manifestada, normalmente, em fases iniciais da doença, tendo muitas vezes

---

<sup>8</sup> Os dados apresentados foram obtidos no *Curso Internacional de Leprología*, realizado entre 2 a 6 de Outubro de 2006, no Sanatório San Francisco de Borja, Antiga Leprosaria de Fontilles, membro da ILEP. Para uma sinopse da descrição etiológica e nosológica da lepra ver Yawalkar (2002) ou Echevarría (2007).

cura espontânea; “lepra paucibacilar”, a forma “benigna” ou pouco contagiosa, com baciloscopia negativa, que ocorre em indivíduos com uma resistência elevada ao bacilo, pelo que o organismo tende a delimitar a acção do último, manifestando-se somente na pele e nos nervos periféricos, resultando num número baixo de lesões e na afectação severa de um número diminuto de troncos nervosos; “lepra multibacilar”, a forma “maligna” ou contagiosa, com baciloscopia positiva, que ocorre em indivíduos com baixa resistência imunológica, conduzindo a uma disseminação dos bacilos pela pele, nervos, nariz, boca, laringe, faringe, olhos, vísceras e outros órgãos internos, cujas manifestações incluem as lesões dermatológicas denominadas lepromas, aquelas que são a marca mais característica da imagem pública da lepra.

A lepra tem cura e, se diagnosticada precocemente, não comporta risco de desenvolvimento de sequelas. Ao contrário, uma infecção prolongada pelo *Mycobacterium leprae* conduz à perda de sensibilidade térmica e tátil, a alterações motoras e dermatológicas, a úlceras, alopecia (perda de pêlos) e à cegueira. Após a primeira toma de medicação o doente deixa de oferecer risco de contágio. O tratamento poliquimioterapêutico, introduzido, em 1982, pela OMS, consiste na administração combinada de um conjunto de fármacos, a dapsona, a clofazimina (ambas bacteriostáticas, ou seja, que inibem o crescimento das bactérias) e a rifampicina (bactericida, ou seja, que destrói a bactéria), cuja duração varia, consoante o tipo de lepra, indo dos 6 aos 18 meses. Contudo, aquando em tratamento, algumas pessoas experimentam respostas imunológicas, designadas por estados reaccionais, que provocam um agravamento dos sintomas e que, em alguns casos, conduzem a lesões graves e irreversíveis no sistema nervoso periférico. Ainda assim, a poliquimioterapia apresenta taxas muito elevadas na cura da lepra, com um baixo índice de estados reaccionais.

A terapêutica da lepra reduziu-se durante muito tempo ao óleo de chaulmoogra, um medicamento com origem na Índia, cuja eficácia era muito duvidosa, e que, segundo alguns relatos, provocava cegueira. A Promina, nome comercial dado ao primeiro agente terapêutico eficaz na cura da lepra, foi descoberta, em 1941, por Guy H. Fauget, na leprosaria norte-americana de Carville, inaugurando a chamada era das Sulfonas. Contudo a administração destes fármacos gerava reacções imunológicas muito violentas e a cura era atingida apenas após longos anos de terapêutica. Somente cerca de um século depois da descoberta das sulfonas, Charles Sheperd teria sucesso em inocular as almofadas digitais das patas de ratos com o bacilo da lepra, viabilizando a investigação experimental que desembocou no tratamento poliquimioterapêutico. Contudo, e como foi dito atrás, não foi, ainda, possível

cultivar *in vitro* o *Mycobacterium leprae*. No que concerne à terapêutica actual, subsiste, também, a dificuldade levantada por casos de multiresistência à poliquimioterapia.

## **1. No terreno vaporoso da memória**

Na zona costeira da vila da Tocha, concelho de Cantanhede, numa extensão de cerca de 140 hectares de terrenos agrícolas, foi erguido, em 1947, o Hospital-Colónia Rovisco Pais, aquele que viria a ser, sugestivamente designado de a última leprosaria portuguesa.

Reconvertido, durante a década de 1990, no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais (CMRRC-RP), acolhe, hoje, funções terapêuticas de reabilitação física de mulheres e homens com incapacidades motoras. Para esse fim, parte das suas infra-estruturas sofreu um processo de restauração e reconfiguração funcional, acompanhado pelo alçar de novos edifícios.

Num espaço em metamorfose profunda, que exhibe cada vez mais traços arquitectónicos e dispositivos tecnológicos pñhes de contemporaneidade, subsiste, na contiguidade destes, e resvalando, não poucas vezes, para uma posição de marginalidade institucional e, na maior parte do tempo, de obscuridade pública, um Serviço de Hansen. Neste residiam, à data do início do trabalho de campo, em 2006, 26 ex-doentes de lepra, 16 mulheres e 10 homens, com idades entre os 71 e os 96 anos, 20 dos quais alojados no antigo hospital central, e os restantes em casas individuais, num antigo núcleo familiar.

Os edifícios referidos, que compõem este Serviço, substanciam nas suas paredes envelhecidas e mobiliário de desenho da década de 1950, a idade daqueles que os ocupam, mas também o espaço social a que os mesmos pertencem hoje. Falo da memória, de rasto infável, e cuja sùmula é a própria impossibilidade de espaço. Vitorioso na sua vocação para expulsar a lepra de Portugal, o antigo Hospital-Colónia tornou-se obsoleto, e aqueles que o fizeram pulsar enfrentam, hoje, um outro mecanismo de marginalização, o esquecimento.

Desenvolvi neste Serviço, entre 1 de Fevereiro de 2006 e 31 de Maio de 2007, uma pesquisa etnográfica e documental, como bolsreira de investigação, no âmbito do projecto interdisciplinar “O Hospital-Colónia Rovisco Pais: antropologia e história em contexto”, do Departamento de Antropologia da Universidade de Coimbra, financiado pelo Instituto de Investigação Interdisciplinar da Universidade de Coimbra.

Esta investigação alicerçou-se, metodologicamente, em diferentes técnicas de pesquisa, que passo a indicar. Durante cerca de 11 meses, realizei observação-participante no Serviço de Hansen, convivendo, diariamente, com os ex-doentes que aí residem e funcionários que aí laboram. Durante esse período, pude manter longas conversas com 18 dos ex-doentes residentes (dada a incapacitação cognitiva dos restantes, decorrente das suas idades

avanzadas), bem como com duas ex-doentes empregadas no CMRRC-RP como auxiliares de acção médica, acerca das suas vidas, fora e dentro do Hospital-Colónia, num processo afim à recolha de histórias de vida, porém com especificidades que discutirei adiante. Encetei, também, um diálogo diário com os funcionários deste Serviço, alguns com uma longa carreira no mesmo, desde os tempos da lepra e do Hospital-Colónia, outros recém-chegados ao CMRRC-RP. Entre os funcionários incluem-se médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica, técnicos de serviço social, técnicos laboratoriais e administrativos. Pude, também, auscultar a comunidade religiosa deste Serviço, designadamente o pároco e as três Irmãs da Ordem de São Vicente de Paulo, cujas idades avanzadas acompanham as dos ex-doentes. As últimas habitam, ainda, no complexo do CMRRC-RP. Junto dos funcionários e dos membros religiosos, conduzi entrevistas semi-abertas. Concomitantemente, a restante comunidade do CMRRC-RP, parte constituinte do quotidiano do lugar, influiu na pesquisa etnográfica, uma vez que grande parte dos seus funcionários habita nas imediações do mesmo, muitos deles possuindo um forte vínculo ao Hospital-Colónia, através de parentes que nele trabalharam ou estiveram internados. Paralelamente à imersão etnográfica, realizei pesquisa documental a partir de fontes primárias, como os processos administrativos dos ex-doentes, documentos regulamentares do Hospital-Colónia, materiais iconográficos, documentos pessoais generosamente disponibilizados pelos ex-doentes, imprensa da época da inauguração do Hospital-Colónia e anos subsequentes e o jornal *Luz*, produzido pelos internados. Literatura médica especializada, como a revista de leprologia publicada no Hospital-Colónia, *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, ou o periódico de medicina social, *A Saúde*, foram, igualmente, objecto de análise.

A recolha de dados em fontes diversas, almejou uma compreensão alargada da história desta instituição, procurando abarcar as diferentes dimensões médica, arquitectónica, política e experiencial que a compuseram. Várias linhas de pesquisa puderam ser identificadas e averiguadas. Não cabe nesta dissertação perseguir todas as questões levantadas e resultados obtidos no curso da pesquisa. Não obstante, as reflexões desenvolvidas fora desta dissertação, colaboram para iluminar o percurso que nela se pretende seguir. Por aprofundar ficarão aspectos experienciais mais intimamente ligados ao curso da intervenção terapêutica, a relação epistémica e política entre paciente e terapeuta, e as relações dos internados no Hospital-Colónia com os seus parentes fora do mesmo. De fora ficará a experiência pessoal dos funcionários e das religiosas que laboraram no Hospital-Colónia, a relação entre a leprologia portuguesa praticada na metrópole e a leprologia praticada em contexto colonial,



bem como a comparação com os modelos profiláticos e terapêuticos da época concernetes a outras enfermidades infecciosas, como a tuberculose.

Recaindo o enfoque analítico na representação da lepra, na experiência da mesma e nos trânsitos entre ambas, caberá, aqui, explicitar o percurso metodológico que lhe concerne directamente, entendendo-o, simultaneamente, como uma jornada epistémica e experiencial.

Inseparáveis que são, o conhecimento, do corpo que conhece, começo por localizar o processo daquela que é, paradoxalmente, uma etnografia de enlace profundo e imersão quotidiana, num terreno empírico vaporoso, despovoado de práticas, ocupado, em torno, pela memória. Discutirei, em seguida, a paisagem epistemológica da metodologia adoptada. Por fim, exporei o meu lugar de enunciação, procurando com isso iluminar o carácter relacional da investigação etnográfica, e o curso que esta, em particular, foi tomando, cerzindo-se de encontros, mas também de desencontros que, tantas vezes, conduziram a um reencontro.

O quotidiano hospitalar do Serviço de Hansen (cf. Figura 1 em anexo) compõe-se de cuidados geriátricos aliados à prevenção e tratamento das sequelas decorrentes da prolongada afectação do sistema nervoso pela lepra. Os dias são pausados pela mudança de pensos, refeições e práticas de higiene. Nos intervalos, os ex-doentes residentes ocupam-se, consoante os seus interesses e condições cognitivas, fisiológicas e motoras, em actividades como ver ou ouvir televisão, ouvir rádio, ler, rezar, desenhar, jardinar ou descansar. Conversa-se pouco, e quando se o faz, os assuntos emergem daquelas que são as suas preocupações diárias, diferenciando-se consoante os interlocutores. Assim, entre os residentes discute-se a alimentação, eventos quotidianos e lembra-se o passado, ao passo que as preocupações com a saúde, matriciais para indivíduos cujos corpos demandam uma atenção permanente, são expostas, sobretudo, ao pessoal clínico. Tal como no passado, a dinâmica relacional neste contexto estrutura-se sobre a divisão entre funcionários e utentes, especialmente entre clínicos e doentes, como os ex-doentes residentes continuam a ser designados e a designarem-se a si próprios. Embora clinicamente curados, estas mulheres e homens convivem com a possibilidade de uma recidiva da doença e com as lesões sensitivas, motoras e dermatológicas provocadas pela mesma, dificultando o abandono da sua identidade enquanto doentes de lepra. Com efeito, a memória insinua-se perenemente no Serviço de Hansen, servindo como um modelo hermenêutico para interpretar o presente. Dada a idade avançada dos ex-doentes residentes e a densidade da sua experiência enquanto internados no Hospital-Colónia, o passado é frequentemente chamado para conferir inteligibilidade ao presente. Lançando um primeiro olhar sobre o Serviço de Hansen, dele retorna a imagem de um prosaico lar para a

terceira idade, não fosse a inscrição da memória nos corpos.<sup>9</sup> Emerge, assim, um espaço de contornos híbridos, não mais um hospital para a lepra, irredutível, contudo, a um estabelecimento geriátrico.

Em concomitância, a pesquisa etnográfica assumiu contornos flutuantes, oscilando no tempo, ancorada, por vezes, no presente, investindo-se, noutras, no passado, circulando, tantas vezes, entre aquilo que os une. Se a memória emergiu como um instrumento metodológico central para a busca hermenêutica, cedo se revelou o seu cunho contingente, forçando o abandono de um olhar positivista que a desenha como uma superfície límpida onde o passado se reflecte, assumindo-se, antes, a sua natureza plástica. A memória oral é aqui entendida como um portal impreciso para o quotidiano decorrido. Mais do que descrever a relação entre o sujeito e o passado, permite ao primeiro posicionar-se, fazendo emergir a memória como uma estrutura narrativa que investe o presente de significado, produzida na dialéctica entre aquilo que se recorda e aquilo que se esquece, naquele que é um processo contínuo e dinâmico de construção da identidade individual e colectiva (Lambek e Antze, 1996: xxix):

“Esquecer é um processo tão activo como recordar: ambos requerem esforço e energia. A identidade de qualquer tipo requer uma gestão entre reter e largar. A identidade não é composta de um conjunto fixo de memórias mas reside na actividade constante e dialéctica entre recordar e esquecer, assimilar e rejeitar. A memória explícita é o pólo auto-consciente de um processo muito mais abrangente.”

Qualquer exercício anamnético é, não somente um processo intrinsecamente selectivo que permite ordenar o fluxo do tempo, mas também um acto performativo intencional, ou seja, que se dirige ao mundo e que nele se esculpe. A memória, embora diáfana na sua aparência, ancora-se nas condições cognitivas e sociais das quais emerge e, em acordo, qualquer investigação baseada na memória oral, significa, também, um exercício de compreensão do lugar de enunciação do sujeito que recorda. Neste sentido, importará menos a veracidade factual das narrativas dos ex-doentes do que os significados que tecem. Foi pois,

---

<sup>9</sup> No decorrer da frequência do *Curso Internacional de Leprología*, realizado no Sanatório San Francisco de Borja, Antiga Leprosaria de Fontilles, pude constatar que, não apenas a sintomatologia da lepra é muito variada, como em fase activa a sua manifestação sintomatológica é significativamente diferente das sequelas motoras e dermatológicas decorrentes da prolongada acção do bacilo no organismo. Neste sentido, pude entender que a manifestação da doença nos corpos dos ex-doentes do Serviço de Hansen do CMRRC-RP, configurava, também ela, menos a experiência do confronto actual com a lepra e mais a memória desse confronto no passado. O que acrescenta à complexidade de uma doença que se esquia a um entendimento linear, desdobrando-se não somente no plano da sua representação social, científica ou política, mas também na diversidade da sua experiência corporal.

enquanto modo de fazer o mundo, e não como representação do mundo, que se interpelou a memória dos ex-doentes.

Enraizada, quotidianamente, no Serviço de Hansen, deambulando, simultaneamente, pelos espaços intangíveis da memória, esta pesquisa assumiu como premissa metodológica a auscultação das mulheres e homens em cujos corpos e vidas a lepra e os significados cognitivos, sociais e políticos a ela adscritos, se aninharam e se transmutaram. Para tal, o enfoque analítico da investigação emergiu, somente, após um contacto aprofundado com o terreno empírico, procurando, com isso, evitar uma imposição epistémica sobre o mesmo, que reificasse conceitos externos. Tendo em vista, por um lado que a pesquisa etnográfica tinha como principal anelo resgatar a experiência da lepra e, por outro que a forte densidade simbólica inscrita na representação da lepra tende a esboçar uma opacidade em torno dos doentes, desqualificando-os socialmente e invalidando simbólica e politicamente a sua agencialidade e intencionalidade,<sup>10</sup> tanto mais se exigia a adopção de uma metodologia com ênfase na interacção e na mutualidade, descartando pressupostos protocolares ou assunções objectivistas.

A busca dos significados experienciais demanda um reposicionamento epistemológico, que assuma a contingência da pesquisa antropológica e sociológica, decorrente da própria fluidez da vida social, atentando nos espaços para além das dicotomias de inspiração cartesiana, como a que opõe o indivíduo à sociedade, e da qual resulta a crença numa descrição transparente da última, sem a contaminação subjectiva do primeiro.

Em “What it is like to be a bat?”, Nagel (1974: 437), questionando como será para um morcego ser um morcego, demonstra a aporia entre *descrever* um morcego e *ser* um morcego.

“Não podemos formar mais do que uma concepção esquemática de *como será*. Por exemplo, podemos atribuir *tipos* genéricos de experiência tendo por base a estrutura e o comportamento do animal. Assim, descrevemos o sonar do morcego como uma forma tridimensional de percepção; julgamos que os morcegos sentirão alguma versão de dor, medo, fome, desejo e que terão outras formas de percepção, mais familiares, além da ecolocalização. Mas julgamos,

---

<sup>10</sup> Ao longo da minha argumentação, farei referência ao conceito de intencionalidade, tal como vem sendo desenvolvido na filosofia da mente e na fenomenologia. Sendo irreduzível a um processo reflexivo, por intencionalidade entende-se que qualquer estado mental se dirige aos objectos no mundo. Para Edelman (1995: 29) a intencionalidade: “Está relacionada com a noção de que a consciência tem sempre um objecto, é sempre ter consciência de alguma coisa”. Merleau-Ponty (1999: 16) distingue, na esteira de Husserl: “... a intencionalidade de acto, que é aquela de nossos juízos e de nossas tomadas de posição voluntária (...) e a intencionalidade operante (...) aquela que forma a unidade natural e antepredicativa do mundo e de nossa vida, que aparece em nossos desejos, nossas avaliações, nossa paisagem, mais claramente do que no conhecimento objectivo...”.

também, que a cada uma destas experiências corresponde um carácter subjectivo específico, que ultrapassa a nossa possibilidade de concepção.”

Os significados que ascendem na experiência são produzidos a partir de um ponto de vista incorporado, aquele que a ciência objectivista, buscando descrever todos os ângulos observáveis de um objecto, falha em alcançar. Retorna-se, assim, ao agonismo entre representação e experiência.

Na verdade, a experiência revela-se múltipla, desdobrável, confunde o olhar. Buscá-la, significa laborar com a incerteza, mas significa, também, a imensa possibilidade de perscrutar para lá dos múltiplos véus que nos toldam o olhar e que nos vetam o gesto. E, neste sentido, adoptar uma metodologia de pendor fenomenológico<sup>11</sup>, significa, não apenas, a busca de uma ampliação cognitiva e epistemológica mas, igualmente, de uma ampliação política, uma vez que é por via da auscultação da experiência que o reconhecimento e a reciprocidade podem emergir. E se a experiência a isso apela, as experiências silenciadas exigem-no. Isso nos diz Santos (2002: 246), propondo a ampliação da compreensão do mundo através de uma “sociologia das ausências”, auscultando os silêncios, que afinal têm voz, olhando os lugares vazios, porém pulsantes de práticas e de sentido, em suma, iluminando o que foi activamente obscurecido:

“Trata-se de uma investigação que visa demonstrar que o que não existe é, na verdade, activamente produzido como tal, isto é, como uma alternativa não-credível ao que existe (...) O objectivo da sociologia das ausências é transformar objectos impossíveis em possíveis e com base neles transformar as ausências em presenças.”

Com efeito, tanto do ponto de vista simbólico, dada a representação social dos doentes de lepra como sujeitos *mortos em vida*, quanto do ponto de vista das práticas segregacionistas que lhes foram dirigidas, adequa-se o apelo ao conceito de “ausência” para pensar a sua experiência, conceito formulado por Santos (2002: 246) para assinalar a experiência social

---

<sup>11</sup> Merleau-Ponty (1999: 1-2) define a fenomenologia como: “...filosofia que repõe as essências na existência, e não pensa que se possa compreender o homem e o mundo de outra maneira senão a partir de sua «facticidade». É uma filosofia transcendental que coloca em suspenso, para compreendê-las, as afirmações da atitude natural, mas é também uma filosofia para a qual o mundo já está sempre «ali», antes da reflexão, como uma presença inalienável, e cujo esforço todo consiste em reencontrar este contacto ingénuo com o mundo, para dar-lhe enfim um estatuto filosófico. É a ambição de uma filosofia que seja uma «ciência exacta», mas é também um relato do espaço, do tempo, do mundo «vivididos». É a tentativa de uma descrição directa de nossa experiência tal como ela é, e sem nenhuma deferência à sua génese psicológica e às explicações causais que o cientista, o historiador ou o sociólogo dela possam fornecer...”

invisibilizada por estratégias de marginalização e de exclusão. Mas, como o autor explica, empreender uma “sociologia das ausências” conduz a uma profunda reflexão crítica acerca da estrutura epistemológica das ciências sociais modernas (Santos, 2002: 246):

“O seu objecto empírico é considerado impossível à luz das ciências sociais convencionais, pelo que a sua simples formulação representa já uma ruptura com elas.”

Em vista a uma “sociologia das ausências” (Santos, 2002: 246), importará, assim, promover a ampliação da voz experiencial. Retorno a Nagel (1974:439):

“É difícil perceber o que poderá significar o carácter objectivo de uma experiência, aparte do ponto de vista particular a partir do qual o sujeito o apreende. Afinal, que restaria de como é ser um morcego, se se removesse o ponto de vista do morcego?”

Nesta alegoria enunciam-se duas ideias fundamentais. A primeira, atrás referida, é a de que o sentido é produzido na experiência, o que vai dencontro a propostas de inspiração fenomenológica, como a que foi formulada por Csordas (1990: 2), dirigindo a análise social e cultural à percepção e à prática, ambas com ancoragem no corpo:

“Esta abordagem à incorporação inicia-se no postulado metodológico que o corpo não é um *objecto* para ser estudado em relação com a cultura, mas que deve ser considerado o *sujeito* da cultura, ou em outras palavras o terreno existencial da cultura.”

Diversos estudos, desenvolvidos pelas ciências cognitivas, revelam o enraizamento sensorial, de índole interaccional, dos processos de classificação e de produção de sentido (ver Cruz, 2003/2004). Mas repor o social no indivíduo, ou a cultura na prática como instigou Bourdieu (1990) com o conceito de *habitus*, não deve redundar numa renovada diluição da intencionalidade dos indivíduos e da inerente possibilidade epistemológica de uma reflexividade crítica pelos mesmos.

Ao contrário, o que é insinuado por Nagel (1974) é, enfim, o carácter objectivo do ponto de vista incorporado que emerge na experiência. Não é por estar imerso nas condições sociais e políticas de um dado contexto que o indivíduo não identifica objectivamente as mesmas ou que a possibilidade dessa reflexividade se esfuma no carácter dinâmico e fluido da experiência. Ao contrário, é precisamente porque o indivíduo está lá, porque experiencia a

vida social na própria carne, que o pode fazer. Isto mesmo vem sendo apontado pelas epistemologias feministas que, para lá das dicotomias cartesianas geneticamente irresolúveis, têm demonstrado a objectividade forte de um conhecimento situado (Harding, 2002).

Escorando, assim, a demanda hermenêutica em torno da lepra, no ponto de vista incorporado daqueles que a conheceram nos seus corpos, a transparência do pesquisador social torna-se, também ela, insustentável. A dificuldade de uma abordagem fenomenológica resulta, paradoxalmente, da sua maior virtude. O ponto de vista da experiência incorporada escapa irremediavelmente ao investigador que não partilha dessa mesma experiência. Por conseguinte, se o escoro da análise é o ponto de vista experiencial, aquela adquire um carácter contingente, e o seu curso desagua num conhecimento que não é nem de tipo positivista, nem fenomenológico mas, antes, relacional. Auxilio-me, aqui, da proposta de Nunes (2002: 326) do pesquisador social como “testemunha articulada”:

“A articulação, recordemo-lo, permite pôr em relação o que não está necessariamente ligado, e, em particular, ligar o que a diferenciação de esferas característica do pensamento moderno insistiu em separar: o epistemológico e o político, o cognitivo, o estético e o moral, o individual e o colectivo, o abstracto e o concreto, o geral e o particular, o sujeito e o objecto, a realidade e a ficção, o global e o local. Articular significa não só estabelecer relações não-contingentes e necessárias como também criar os modos de lhe dar expressão ou de as enunciar. O testemunho articulado baseia-se nos princípios do dialogismo e da multivocalidade, da retórica dialógica, da hermenêutica diatópica (Santos, 1997) e da reflexividade, da tolerância discursiva e da experimentação e hibridação discursivas e representacionais. Estes princípios não são simplesmente epistemológicos, permitindo a produção de um conhecimento mais apropriado à complexidade e contingência do terreno, mas também, e inseparavelmente, éticos – criando obrigações que vinculam os diferentes participantes nos encontros situados – e estéticos, obrigando a alargar o leque de possibilidades expressivas, através da apropriação e reconfiguração de diferentes recursos genéricos e mediáticos.”

Como o mesmo nos diz, o pesquisador desenvolve um trabalho de articulação, ou de tradução como propõe Santos (2002), produzindo conhecimento “*num* terreno e não *de* um terreno” (Nunes, 2002: 325).

Neste lugar, dois trilhos metodológicos se desvelaram, designadamente a auscultação e a interacção.

Na auscultação, foi sobretudo o ecoar da memória que se apossou dos tempos do diálogo. As narrativas dos residentes do Serviço de doença de Hansen, configuraram um

cruzamento entre a história de vida e o testemunho, ao qual se aliaram histórias de eventos episódicos com um conteúdo fortemente alegórico.

O relato biográfico, afim à história de vida (Poirier, Clapier-Valladon e Raybaut, 1995), permitiu aceder às dimensões experienciais que mais marcaram cada uma destas pessoas, possibilitando a emergência dos aspectos corporais, cognitivos, afectivos, relacionais e sociais nutridos ao longo das suas vidas e nos diferentes contextos em que habitaram. Estas narrativas escaparam, contudo, ao modelo de uma história de vida, por não procurarem esboçar nem uma linearidade temporal, nem uma positividade factual. Afastaram-se, também, de um registo meramente biográfico, aproximando-se, muitas vezes, do testemunho, este caracterizado pelo enlace da biografia pessoal com a história de uma comunidade (Gugelberger e Kearney, 1991), uma vez que, para os ex-doentes, as suas histórias de vida reflectem uma condição identitária partilhada com outros indivíduos acometidos pela mesma doença. As suas histórias pessoais eram, frequentemente, apoiadas pela invocação de histórias passadas com outros doentes, buscando, com isso, ilustrar o tipo de condições sociais enfrentadas por alguém enfermo de lepra. Claramente, para os ex-doentes, a inteligibilidade da sua experiência pessoal, longe de ser um produto idiossincrático, não se encerra em si mesma.

Contudo, como demonstrou Bourdieu (1990), as práticas são irredutíveis ao discurso e uma investigação que faça uso da memória defronta-se, inelutavelmente, com esta aporia. Aspirando resgatar a experiência dos doentes de lepra, colocava-se o desafio de como aceder ao quotidiano decorrido, particularmente aquele que constituía a vida no Hospital-Colónia. Tanto mais que, discursivamente, os ex-doentes colocam a ênfase na administração autoritária do Hospital-Colónia sobre os seus corpos, como doentes de lepra e enquanto internados. Todavia, com o correr do tempo, foram-me ofertando, espontaneamente, histórias pessoais e colectivas ocorridas no Hospital-Colónia, que esculpiram a possibilidade de entrever constelações de práticas e de sentido, doutro modo irremediavelmente perdidas nas malhas do tempo. Significativamente, é inequívoca a existência de uma profunda clivagem entre estas narrativas e o discurso dos ex-doentes acerca do Hospital-Colónia, o último ideologicamente cimentado, e através do qual afirmam a sua própria representação dessa instituição. Estas histórias podem, assim, ser pensadas como expressões que permitem aceder à experiência, no lastro da antropologia da experiência, formulada por Turner (1986), e que propõe a hermenêutica de modos de comunicação culturalmente configurados, como o texto, a história, o drama, o ritual, em vista à apreensão do sentido produzido no vivido. Não pretendendo discutir, aqui, o uso dos conceitos de experiência ou expressão pela antropologia da

experiência, impõe-se, contudo, a explicitação da relação dialéctica entre ambos, dado que, se a se produção de sentido ascende no curso da experiência, configurando expressões culturais, as mesmas vêm a enformar a própria experiência (Bruner, 1986a: 7):

“Nesta perspectiva uma expressão nunca é um texto isolado, estático. Pelo contrário, envolve sempre uma actividade processual, uma forma verbal, uma acção enraizada numa situação social com pessoas reais numa cultura particular numa determinada era histórica (...) As expressões são constitutivas e formam, não como textos abstractos mas na actividade que realiza o texto.”

As histórias devem, portanto, ser entendidas como um acto performativo. Volto, assim, à memória como exercício que permite, também, compreender o actual lugar de enunciação do sujeito.

Tanto o modo biográfico, testemunhal ou alegórico de lembrar, conduziu esta pesquisa aos universos de significado urdidos no curso das vidas dos ex-doentes, descartando uma inscrição linear do sentido no espaço ou no tempo, inflectindo, antes, na memória como momento de criação do mundo, no qual o *self*<sup>12</sup> dos ex-doentes, ao invés de ser cristalizado, ou numa voz biográfica, ou numa voz colectiva, emergiu como um centro de gravidade narrativo. Recorro, aqui, ao conceito de Dennett (ver 1992: 276) que, assumindo a indeterminação do *self* e recusando qualquer essencialização do mesmo, sugere que o pensemos tal como um físico pensa um centro de gravidade, isto é, enquanto abstracção, cujo propósito é essencialmente metodológico. Neste sentido, o resgate da memória individual, conduz não somente ao emergir da experiência privada de determinados processos sociais, mas também à construção de uma memória pública acerca dos mesmos. O *self*, como centro de gravidade narrativo, ao iluminar a experiência incorporada, lança igualmente luz sobre os aspectos sociais em que esta se imbrica, revelando-se como um instrumento metodológico profícuo para a realização de uma “sociologia das ausências” (Santos, 2002) uma vez que, como nos diz Ribeiro (2007: 14), aquilo que é publicamente obscurecido, refugia-se nos universos privados e, como tal, é aí que o seu resgate se torna possível:

“A produção do esquecimento público, ou seja, daquilo que devemos esquecer, resulta da interacção entre trauma, memória e imaginação. Assim sendo, o que é publicamente declarado como o que devemos esquecer passa a só ser possível de recordar na esfera do privado. Deste

---

<sup>12</sup> Pela dificuldade de tradução, manter-se-á o termo em inglês que, em português, remete para a consciência que o indivíduo tem da sua singularidade, pretendendo com isso fazer-se alusão ao sentimento de si, irreduzível às ideias de identidade ou de pessoa.



modo, o testemunho de quem viveu o acontecimento ergue-se como o local privilegiado para captar o dinamismo do conflito entre estas memórias, a seriedade e a gravidade da fractura por ele gerada e a relação dinâmica do acontecimento recordado com o presente.”

O resgate da memória firmou-se na imersão etnográfica. Os contornos que delinearão a observação-participante foram forjados pelas especificidades do contexto empírico. Sendo esta uma etnografia ancorada na memória, a dialéctica entre a observação e a participação, deslocou-se para a relacionalidade. A imersão no quotidiano do Serviço de Hansen desenhò, sobretudo, espaços de interacção e de intersubjectividade.

Neste sentido, esta pesquisa aproximou-se de propostas metodológicas de um “empiricismo radical” (Jackson, 1996; Stoller, 1989) na prática da etnografia, que abandonam o axioma da separação entre sujeito e objecto e a concomitante perseguição de retratos regulares da vida social, dirigindo-se, antes, ao fluxo da experiência e à mutualidade no encontro etnográfico.

Contudo, a ênfase na interacção não pressupõe uma contiguidade fenomenológica. Pelo contrário a pesquisa etnográfica no Serviço de Hansen repousou, inexoravelmente, numa disjunção, materializando as metáforas, elaboradas por Sontag (1991:3), o “reino dos enfermos” e o “reino dos sãos”, para descrever os diferentes lugares sociais ocupados por doentes e por não doentes. De tal modo, que estas metáforas vão ao encontro dos termos “os doentes” e “os de saúde”, usados pela comunidade do Serviço de Hansen, desde os tempos do Hospital-Colónia, para designar doentes e não doentes.

Inequivocamente, a minha presença no terreno inscrevia-se no segundo grupo. Outro factor contribuiu para adensar essa fronteira, nomeadamente o privilégio epistémico do conhecimento científico, ao qual eu fui associada, muito embora contra a minha vontade. Se a início a minha presença foi suspeita de ter um propósito jornalístico, algo a que os ex-doentes são extremamente hostis (dadas experiências prévias em que se viram representados como vítimas ou reduzidos à sua incapacitação física, através de um olhar exoticizante sobre os seus corpos),<sup>13</sup> uma vez explicado o meu objectivo no terreno, a ininteligibilidade da minha identidade como antropóloga foi resolvida, pelos ex-doentes, num meio caminho entre historiadora e terapeuta. Como já referi, a distinção entre clínicos e doentes constituiu uma matriz transversal aos espaços de sociabilidade do Hospital-Colónia, desembocando na identificação do conhecimento com a especificidade do saber biomédico, restringido à classe clínica. E, dado que qualquer pesquisa empírica é talhada pelas condições constringedoras do

<sup>13</sup> Acerca do olhar lançado pelos media sobre os ex-doentes de lepra do CMRRC-RP ver Cruz (2006).

terreno, vi-me obrigada, por força das indicações sanitárias do regulamento interno do Serviço de Hansen, a vestir a insígnia do privilégio epistémico do saber biomédico, a bata branca. Assim sendo, as disjunções experienciais e existenciais entre mim e os ex-doentes, substanciadas nas idades, nos corpos e nos artefactos que os cobrem, dificilmente poderiam ser alienadas. Ao invés disso, as mesmas disjunções constituíram um campo empírico extremamente fértil para a investigação hermenêutica, uma vez que aí pude tomar o pulso aos elementos constituintes das relações sociais entre “os doentes” e “os de saúde”, que remetem, enfim, para a fronteira entre a exclusão e a inclusão.

Não é ao acaso que me refiro a “tomar o pulso”, pois foi na derme que esta fronteira se desvelou. Com efeito, a opacidade simbólica da lepra, conferiu idêntica espessura à imersão etnográfica. Se a representação social dos doentes de lepra pende para a invisibilização da sua experiência sob as camadas de estereótipos que lhes lança, um processo inverso é empreendido pelos próprios. Assim, o silenciamento público das suas vozes foi matizado pelo segredo, estrategicamente manuseado pelos ex-doentes como mecanismo de sobrevivência social ao longo das suas vidas. Neste sentido, as suas vozes são, para os próprios, um objecto controverso, e a exposição que comportam, um acto problemático. O que conduziu a silêncios iniciais no seu discurso, bem como à prolongada e, em alguns casos, definitiva recusa em conter as suas vozes num registo gravado.

Em concomitância, se a transmissibilidade da lepra instigou o medo, como emoção matricial da relacionalidade dialéctica entre doentes de lepra e não doentes, verifiquei que o mesmo medo, longe de ser unilateral, é mútuo, uma vez que os primeiros suspeitam da ameaça que os segundos podem representar para si, nomeadamente através de um olhar discriminatório sobre os seus corpos que trai a possibilidade de reciprocidade.

A transposição das fronteiras assinaladas deu-se por via da subversão da representação social dos doentes de lepra. Foi a transparência do toque que esfumou a opacidade da lepra. Historicamente metaforizados como intocáveis, estes indivíduos sofreram, ao longo das suas vidas, a condição profundamente desumana e desumanizante de habitar um corpo tido como poluente e, como tal, intocável. Transcrevo, aqui, três situações ocorridas no início da pesquisa de terreno:

Ao nos despedirmos do Sr. Duarte, depois do Vítor lhe apertar a mão, dei-lhe dois beijinhos. O Sr. Duarte comoveu-se profundamente. Percebi que ele não esperava o nosso toque, o que, foi para mim, esmagador. Se ele não esperava o toque, eu não esperava uma reacção tão intensa a um cumprimento que, na minha experiência quotidiana, é um acto corriqueiro e banal. Este é um

gesto absolutamente prosaico, mas que, aqui, inscreveu uma transformação profunda na nossa relação. Naquele instante, transpusemos os três uma fronteira.

Excerto do Diário de Campo

Dirigi-me à D. Adelina para a cumprimentar, mas ela ficou completamente imobilizada e muito constrangida. O seu corpo ficou subitamente rígido, dei-lhe dois beijos sem ela mover um músculo, muito seriamente a olhar para mim, como se eu estivesse a fazer algo profundamente desajustado.

Excerto do Diário de Campo

Eu estava de cócoras, para ver melhor as fotografias. Ao fim de um tempo as pernas começaram a doer-me. Pedi para me sentar na cama e a D. Anabela pediu-me desculpa por não ma ter oferecido antes mas, como disse, “nunca sabe bem o que fazer”. Ou seja, como explicou, nunca sabe qual será a reacção das pessoas no que diz respeito ao modo de estar no seu espaço por causa do medo do contágio.

Excerto do Diário de Campo

Com efeito, o toque adquiriu o estatuto de interdito na dinâmica relacional interna do Hospital-Colónia. Do que resulta que, não ter medo dos ex-doentes e tocá-los, significa, para os mesmos, serem considerados como iguais, abrindo as portas à reciprocidade. Assim, foi na derme que o encontro etnográfico revelou a sua maior fecundidade, transmutando a fronteira entre a inclusão e a exclusão numa “zona de contacto”<sup>14</sup> (Santos, 2002: 268- 269), lugar de emergência de um saber dialógico.

O toque revelou-se uma linguagem relacional e constituiu-se num factor decisivo para a auscultação das vozes, sugerindo as limitações da ênfase colocada pela pesquisa e teoria social na linguagem. Claramente, a produção de inteligibilidade não se deteve no campo verbal. Por um lado, a experiência da dor, como foi apontado por Scarry (1985) contesta activamente a linguagem e, por outro lado, a articulação verbal faz-se depender dos recursos disponíveis, conduzindo a que o seu limite me fosse apontado com expressões como a seguinte, enunciada por Belinda:

---

<sup>14</sup> Apelo aqui à definição de zona de contacto cosmopolita de Santos (2002: 268- 269): “Zonas de contacto são campos sociais onde diferentes mundos-da-vida normativos, práticas e conhecimentos se encontram, chocam e interagem (...) A zona de contacto cosmopolita parte do princípio de que cabe a cada saber ou prática decidir o que é posto em contacto com quem. As zonas de contacto são sempre selectivas, porque os saberes e as práticas excedem o que de uns e outras é posto em contacto. (...) Só o aprofundamento do trabalho de tradução permite ir trazendo para a zona de contacto os aspectos que cada saber ou cada prática consideram mais centrais ou relevantes.”

- Oh filha, eu não sei explicar. Explicar, é que sofria.

Contudo, a comunicação do sentido, longe de ser prisioneira do verbo, declarava-se através da expressão dos corpos, numa linguagem corporal e emocional, apontando, novamente, a superfície do corpo como lugar de comunicação e de inteligibilidade mútua. Indubitavelmente, o corpo assoma com especial centralidade nesta dissertação, enquanto veículo de comunicação com o mundo e como objecto de investimento simbólico e político, mas também como o lugar onde ambos os processos se cruzam e disputam.

Como foi já referido, paralelamente à investigação etnográfica, conduzi uma pesquisa documental. Esta, também sujeita a constrangimentos empíricos vários, resultantes da progressiva obliteração do legado histórico da lepra no CMRRC-RP, permitiu identificar aspectos significativos na representação social, política e científica da lepra, em Portugal, desde finais do século XIX até à actualidade. Neste sentido, foi possível inquirir a representação social da lepra a par com a auscultação da experiência, o que num estudo preenchido pela memória remete para modos díspares de compreender a história, designadamente aquela que decorre da versão institucional do poder e aquela que é composta pela voz experiencial dos indivíduos àquele sujeitos. Como vem sendo exposto pelo ângulo pós-colonial, a história oficial tende a assumir o ponto de vista das elites dirigentes, obscurecendo a agencialidade dos sujeitos com menor capital epistémico e político. Os estudos subalternos (Diallo, 2007), o testemunho latino-americano (Gugelberger e Kearney, 1991), entre outros, vêm preenchendo esse silêncio, e com isso iluminando a complexidade das teias que compõem a tessitura histórica. Na investigação em causa, procurou-se analisar a representação da lepra pelas elites médicas e políticas, através da pesquisa documental, buscando, simultaneamente, uma compreensão fina da experiência das mulheres e homens que padeceram da doença, por meio da pesquisa etnográfica.

Disto resultou um confronto representacional, que reflecte um confronto político no vivido. Resultou, também, a possibilidade de, na esteira de Geertz (1978: 9), desenvolver uma “descrição densa” dos diversos filamentos que teceram a malha de significados do dito contexto, naquela que é uma etnografia nutrida pela memória.

Resta, ainda, convocar o eco do ruído experiencial, filtrado nas monografias clássicas, como apontou a antropologia reflexiva (Clifford, 1986a), e recuperado por propostas fenomenológicas para a prática e escrita etnográficas (Jackson, 1996; Stoller, 1989). A exposição da experiência do pesquisador permite, entre outras coisas, clarificar o seu lugar de

enunciação. Nesta pesquisa, a subjectividade que emergiu, forçou a um reconhecimento da necessidade e subsequente assunção de uma ética de pesquisa, que se reflecte, também, numa ética da escrita. Relembrando a alegoria de Nagel (1974), que perguntava como será para um morcego ser um morcego, invoco aqui a voz de Murphy (1998: 323), um antropólogo que no curso da sua vida veio a enfrentar uma paralisia, decorrente de um cancro na espinal-medula:

“Nunca ninguém me perguntou como é ser um paraplégico – e agora tetraplégico – porque isso violaria todas as regras da etiqueta da classe média.”

Ao pesquisador social, trabalhando questões relativas à doença e à deficiência, cabe verbalizar as mesmas perguntas que na interacção social são silenciadas. Uma antropologia da experiência da doença é, pois, inevitavelmente, uma antropologia da intimidade, que se forja numa relação intersubjectiva e de confiabilidade imprescindível, dado que a voz que ascende e que é auscultada pelo pesquisador, é intrinsecamente, confessional. Mais ainda, quando a intimidade é guarnecida pelo segredo, como é o caso.

Deste modo, a pesquisa etnográfica, composta pela auscultação e pela interacção, preencheu-se, também, de silêncios necessários. E, se por vezes a experiência dos ex-doentes transbordou as fronteiras da linguagem, noutras imperou erigi-las voluntariamente, de modo a conter uma possível agressão à dignidade dos mesmos. Assim, evitou-se o uso do gravador sempre que a sua presença era tida como uma ameaça para os ex-doentes. Devido a isso, muitas das suas narrativas não poderão ser aqui trazidas em discurso directo. Acerca disto, partilho da seguinte consideração de Quintais (2000: 19) acerca da sua experiência etnográfica em contexto psicoterapêutico:

“... por razões deontológicas e éticas distintas, não pude gravar o que se passava durante as sessões (...) Mas, apesar dos limites metodológicos óbvios, agrada-me particularmente que um trabalho sobre a memória, como este em grande medida o é, se baseie também na memória do observador.”

Em conformidade, não serão apresentadas quaisquer imagens actuais ou identificadas dos ex-doentes, uma vez que, para os mesmos, a exposição visual dos seus corpos comporta uma redução objectificante das suas identidades. Em concomitância, far-se-á uso de pseudónimos, e não serão identificadas as suas regiões de proveniência, de acordo com a vontade que expressaram.

Cabe, também aqui, uma última palavra acerca do vocábulo lepra. No Serviço de Hansen, a palavra lepra é descrita como “feia”, impronunciável no dia-a-dia e remetida para discursos com uma funcionalidade crítica ou para interações de profunda confiabilidade mútua. No seu lugar, assoma a designação “a doença”, esta espessamente presente, insinuando-se como uma entidade. Aí, incorporei o interdito, transgredindo-o apenas quando a isso era convocada pelos ex-doentes. Ao contrário, a palavra “leprosa” ou leproso” é, jamais, pronunciável no Serviço de Hansen. Esta, mais ainda do que a palavra lepra, reveste-se de uma qualidade de insulto, denunciando a imposição de uma identidade cujo significado é aviltante.

Em suma, buscar compreender processos sociais com assento no corpo, implica a entrada em universos experienciais imbricados na intimidade do *self*, nos quais qualquer incursão deve revestir-se de uma vigilância ética permanente. Neste sentido, as fronteiras que obstam ao reconhecimento e à reciprocidade urgem ser transmutadas em zonas de contacto, mas outras há que, ao contrário, guardam a dignidade do *self* e a mutualidade na relação estabelecida, e essas, mais do que barreiras à pesquisa, assinalam a cartografia ética que deve guiar qualquer vereda metodológica nas ciências sociais.

Afinal, almejar resgatar a experiência da lepra, socialmente representada como uma *morte em vida*, significa buscar devolver a humanidade àqueles que foram, simbolicamente, expelidos para o universo do inumano, tendo isto corolários no plano epistemológico, mas também na prática metodológica, composta esta, sobretudo, pelo confluir de sentidos num encontro entre corpos.

## 2. A “doença” como um limiar entre a *destruição* e a *criação do mundo*

Procurar compreender a representação social da lepra no contexto da modernidade ocidental, significa interrogar a representação biomédica de uma doença infecto-contagiosa, forçando uma breve atenção analítica no quadro hermenêutico configurado pela biomedicina, provedor dos termos em que a própria categoria “doença”<sup>15</sup> é forjada no espaço público. Simultaneamente, o anelo de um entendimento fino em torno da imaginação pública da lepra, impele o recurso a uma hermenêutica construtivista, que desenrede a naturalização biomédica da categoria “doença” e das doenças infecto-contagiosas, em particular.

Deste modo, percorrerei, aqui, um trilho analítico que atravessa a moldura epistemológica da biomedicina (ancorando-a na sua historicidade) e a desconstrução da categoria “doença” pelas ciências sociais, derivando, por fim, na ponderação da “doença” como um “limiar”, conceito granjeado a Turner (1967), almejando, com isso, desenvolver uma análise que concilie perspectivas construtivistas e fenomenológicas. Finalmente, procurarei assinalar a especificidade simbólica das doenças transmissíveis e das respostas sociais às mesmas.

### 2.1. O corpo no laboratório biomédico: a biomedicina como um vocabulário social

O pensamento moderno ocidental brota de um olhar dicotómico sobre o mundo que, na gesta de o conhecer, nele distingue duas ordens irreconciliáveis. Antinomia esta, fundada no dualismo cartesiano, que opõe, de modo irresolúvel, o corpo à mente.<sup>16</sup> Na formulação de *res extensa* e *res cogitans* (Descartes, 1938), o corpo é, irremediavelmente, condenado a uma existência amorfa e a mente a um exílio privilegiado. Binómio que, por sua vez, determina o modo como tendemos a interpretar a “doença”, compreendida em dialéctica com o ideal de “saúde” e classificada como um fenómeno puramente biológico, independente de quaisquer elementos cognitivos, sociais, culturais ou políticos. Esta naturalização é particularmente vigorosa no que respeita às doenças infecciosas, cuja etiologia, descrevendo uma infecção por

---

<sup>15</sup> O uso de aspas para as categorias “doença” e “saúde” pretende assinalar o carácter abstracto dos termos, cujo uso é de ordem classificatória.

<sup>16</sup> Note-se que esta ontologia dualista não é estranha à cosmovisão judaico-cristã, cujo assento é, precisamente, uma série de divisões binárias que radicam na distinção entre corpo e alma. Iluminando a conexão entre o racionalismo cartesiano e a epistemologia bíblica, Dussel (2007) assinala a estreiteza entre a filosofia de Descartes e a formação jesuíta do próprio filósofo.

um agente biológico externo, reforça a ideia de um processo autónomo da intencionalidade humana.

Na perspectiva de aspiração universalista da ciência moderna, a “doença” inscreve-se no corpo individual, opondo este ao território da socialidade humana. Disto resulta que o conhecimento dos processos que classificamos como “doença”, é tido como pertença das ciências exactas, cabendo às ciências sociais considerar, apenas, as práticas que lhes são dirigidas. Deste modo, não apenas o privilégio epistémico da ciência moderna sobre outras ordens de conhecimento é reiterado, como são também obliterados os factores sociais que influem na ocorrência, na prevalência e nos usos políticos da “doença”, restando, exclusivamente, para ângulo da análise social as respostas culturais de teor adaptativo.

Indagando o conteúdo semântico das palavras “doença” e “doente”, emergem, respectivamente, os seguintes universos de sentido (*Grande Dicionário da Língua Portuguesa*, 2004: 522-523):

“Alteração do estado normal de saúde de um ser, que se manifesta por sinais ou sintomas, que podem ser perceptíveis ou não; enfermidade; mal”; “que tem doença; fraco; desanimado; triste.”

Ambos os termos enunciam duas ideias matriciais, a de que a “doença” resulta de um *desvio* ao funcionamento *normal* do *organismo* e de que é algo intrinsecamente *negativo*. Se, por um lado a “doença” é classificada como um fenómeno objectivo, empiricamente localizável no corpo individual, por outro é emitido um julgamento moral a seu respeito. Com efeito, a modernidade, por via de noções como patologia ou patogénia, inscreveu a dissonância nos corpos e nas mentes dos indivíduos, edificando uma representação da “doença” como desordem e da cura como ordenação, ambas com lugar no espaço circunscrito do corpo individual (Foucault, 1977b: 39):

“A medicina não deve ser mais apenas o corpus de técnicas de cura e do saber que elas requerem; envolverá, também, um conhecimento do *homem saudável*, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do *homem não doente* e uma definição do *homem modelo*.”

A medicina moderna que se desenvolveu historicamente no espaço social, cultural e político da modernidade ocidental, denominada biomedicina devido ao seu enfoque epistemológico e carácter interventivo centrados na biologia e fisiologia do corpo humano (Hahn e Kleinman, 1983), adquiriu um capital simbólico, em termos da sua legitimação no



espaço público, que a naturalizou como *a* medicina. Tal como a ciência, a biomedicina alega uma neutralidade epistemológica que a esvazia de quaisquer condicionamentos sociais, culturais ou políticos. O que parece ser evidente é que, mesmo quando sujeita à crítica social, a biomedicina continua a ser considerada como estando separada das outras esferas da sociedade, tais como a religião, a economia, a arte ou a política. Este é um forte indicador do modo como esta medicina foi naturalizada enquanto saber que, ao invés de produzir uma interpretação, mediada por redes relacionais e sociais, sobre um objecto, o representa, reflectindo-o de modo transparente.

A auto-construção identitária desta medicina remete o seu nascimento para Hipócrates de Cós, nascido em 460 a.C., na Grécia, pela ênfase que este colocava no empirismo e no racionalismo, buscando as causas naturais da “doença” (Adam e Herzlich, 2003; Mossé, 1985). Foi, contudo, no Renascimento e no Iluminismo europeus, que as suas características matriciais encontraram definição.<sup>17</sup> Particularmente, foi através do estudo da anatomia humana que a biomedicina construiu os alicerces do seu sistema teórico e prático. Inaugurando um modelo explicativo, ancorado na fisiologia do corpo humano, inaugurou, também, um olhar.<sup>18</sup> Na verdade, em aliança com o racionalismo científico, a visão emergiu como o sentido nobre por excelência que, alegadamente, representa a realidade tal como ela é (Fabian, 1983). Foi, assim, que o espaço da autópsia, facultado pelo espírito racionalista que rejeitava a interdição medieval sobre o cadáver, se constituiu no espaço gestativo de uma disciplina que veio, por sua vez, a fornecer a grelha interpretativa e classificatória para o corpo nas sociedades ocidentais. Este *olhar* foi progressivamente afinado, permitindo, cada vez mais, ver o *invisível*. Um aparato tecnológico, desde a auscultação ao microscópio, foi desenvolvido, revolucionando, por completo, o olhar biomédico (Adam e Herzlich, 2003). O inescrutável transformou-se em interlocutor, e o médico converteu-se no grande “mestre da verdade invisível” (Quintais, 2002: 371), oclusa no corpo e na mente dos indivíduos. Durante a segunda metade do século XIX, o problema da variação da “doença”, que decorria da carência de um modelo explicativo para as suas causas, encontrou resposta na teoria dos germes ou teoria microbiana, protagonizada por Pasteur, em França, e por Koch, na Alemanha, teoria esta que veio a configurar o paradigma da medicina moderna (Adam e Herzlich, 2003; Bastos, 2002; Latour, 1984). A teoria microbiana teve como corolários

---

<sup>17</sup> Sobre as contribuições da medicina árabe para a edificação do saber médico ocidental ver Micheau (1985: 57-77).

<sup>18</sup> Sobre o regime escópico da medicina moderna ver Foucault (1977b).

epistemológicos a circunscrição da “doença” no corpo individual e a transformação do mesmo num campo de batalha (Bastos, 2002: 184):

“A imagem do sistema imunitário como *exército de defesa* no interior do corpo é, assim, um produto secundário da demonização dos micróbios no contexto da bacteriologia. Os bons resultados clínicos conseguidos pela bacteriologia contribuíram para reforçar as metáforas militares e a guerra passou a ser o paradigma dominante para retratar a doença e a intervenção médica (...) Note-se também que de alguma forma a teoria microbiana, ao limitar a esfera da causalidade à acção de seres microscópicos, limitou também a percepção dos componentes sociais da doença.”

No processo de consolidação paradigmática da medicina moderna, o diálogo com o corpo aprofundava-se enquanto o diálogo com o sujeito se comprimia, tornando-se, por fim, numa técnica de inquérito com vista ao diagnóstico, realizada mediante um interesse distanciado ou uma “preocupação desprendida” (Hahn e Kleinman, 1983: 316) ou, ainda, como declara Foucault (1977b: 122): “O olhar clínico tem esta paradoxal propriedade de *ouvir uma linguagem* no momento em que *percebe um espectáculo*”.

Nascida no seio da Revolução Científica, a biomedicina comunga das mesmas assunções da ciência, nomeadamente a objectividade e a universalidade. Porventura as mesmas considerações que alguns autores vêm fazendo acerca do Iluminismo europeu (Dussel, 2001; Mignolo, 2003), nas quais chamam a atenção para a importância do encontro imperial com o Outro na construção da modernidade (através da invenção do Mesmo como superior, em oposição a um Outro inferior), possam ser incorporadas na reflexão crítica em torno da biomedicina. Não apenas devido à partilha de um mesmo referencial epistemológico, mas também pela coincidência histórica da descoberta do Outro e da dessacralização do corpo no Ocidente. O encontro imperial trouxe consigo a ideia da similitude dos corpos (que conduziria a múltiplas discussões acerca do que seria e não seria humano), colocando a diferença (assimétrica e hierarquicamente concebida) no plano da mente. O corpo tornou-se passível de ser transformado num objecto, uma vez que o seu território é o da natureza e esta, enquanto lugar da inferioridade (Santos, Meneses e Nunes, 2004), nada reclama, a não ser a sua domesticação.

Mas da mesma forma que a hegemonia da ciência moderna, assente numa retórica auto-referencial, tem sido alvo de uma série de questionamentos críticos, que a localizam enquanto conhecimento situado (Santos, Meneses e Nunes, 2004), também a biomedicina vem sendo

interpelada como uma prática social, culturalmente enraizada, conduzindo alguns autores a abordá-la como uma etnomedicina (Hahn e Kleinman, 1983).

Na atenção dada à biomedicina como um produto histórico, sobressai a disjunção constitutiva entre corpo e mente, que conduz ao que Hahn e Kleinman (1983: 321) designam como a “predominância do concreto”, expressão que colhem em William James. Tendo como objecto o corpo humano reduzido à sua materialidade, a biomedicina exclui os aspectos emocionais, afectivos e relacionais que medeiam e constituem a experiência do mesmo. Esta disciplina dirige-se ao corpo enquanto um organismo divisível nas diferentes partes que o compõem, representando-o como um conjunto de órgãos e sistemas, organizado segundo leis mecanicistas. Na perspectiva deste reducionismo fisicalista, a “doença” é o resultado de um funcionamento anormal do organismo e a função da biomedicina, com recurso a um conjunto de substâncias químicas e técnicas invasivas, é a de restituir o normal funcionamento do mesmo. É o corpo-objecto que emerge nesta dialéctica, ou seja, o corpo interpelado de fora, como entidade inerte e passiva sobre a qual se intervém. Daí que a oposição entre corpo e mente conduza a uma outra aporia, nomeadamente entre a representação biomédica da enfermidade e a experiência dos indivíduos (Hahn e Kleinman, 1983: 321):

“A preocupação central da Biomedicina não é o bem-estar geral, nem as pessoas individuais, nem simplesmente os seus corpos, mas os seus corpos doentes.”

Este desencontro resulta de dois pontos de partida tornados irresolúveis pela retórica cientificista, designadamente o visível e o invisível, ou seja, aquilo que é cognoscível pelo olhar, identificado como objectivo e, como tal, epistemologicamente válido, e aquilo que é apreensível através dos sentidos, remetido para o universo da subjectividade e inválido para a construção de conhecimento. A experiência é valorizada apenas como matéria-prima sobre a qual o médico produz conhecimento, especificamente um diagnóstico.

Mas a experiência do corpo não é redutível ao discurso produzido sobre o mesmo, nomeadamente o discurso científico. Pelo contrário, como mostra Merleau-Ponty (1999), tomar algo como objecto, significa inseri-lo num horizonte formado pelas suas relações com outros objectos, definindo a posição de cada um. Consequência disso é a construção da posição absoluta do objecto e, como tal, da sua cristalização. O corpo-objecto da biomedicina é, portanto, um artefacto cognoscível a partir de um ponto de vista distanciado, que permite a definição dos seus contornos e a construção de um sistema, a partir das diversas relações que o compõem. A esta fixidez do corpo-objecto, opõe-se a incompletude do corpo-vivido que, ao

contrário, enquanto veículo de comunicação com o mundo, tem como principal característica o movimento, ou seja, uma impermanência contingente e dinâmica (Merleau-Ponty, 1999: 134):

“Só posso compreender a função do corpo vivo realizando-a eu mesmo e na medida em que sou um corpo que se levanta em direcção ao mundo.”

Na aporia entre o corpo-objecto e o corpo-vivido, vinga a desqualificação e a obliteração da experiência do sujeito face ao conhecimento biomédico.

Curiosamente, Leder (1990) defende que no movimento da experiência, o corpo tende para um auto-encobrimento das suas funções fisiológicas e motoras. Ou seja, o corpo produz o encobrimento das mesmas funções que a biomedicina procura apreender. Enquanto organismo, assoma na consciência apenas em momentos de ruptura disfuncional, naquilo que Leder (1990: 83) designa por “dys-appearance”, e que significa um aparecimento negativo. É o caso da dor ou da “doença”, que provocam a consciencialização aguda de determinada região do corpo ou da sua totalidade. Leder (1990) expõe como a “doença” crava uma fractura na identidade do indivíduo, modificando a sua relação com o corpo-próprio. No contexto da modernidade ocidental, é a biomedicina que fornece os termos desta nova relação, num processo descrito como a medicalização da experiência. Este processo tem sido amplamente discutido nas ciências sociais. Destaco a importância que Conrad (1992: 211) atribui ao privilégio de definição da realidade, creditado à biomedicina:

“A medicalização consiste em definir um problema em termos médicos, usando uma linguagem médica, adoptando um quadro médico para compreender esse problema, ou usando uma intervenção médica para o «tratar». Este é um processo socio-cultural que pode ou não envolver a profissão médica, levar a controlo social médico ou tratamento médico, ou ser o resultado da expansão intencional da profissão médica.”

A medicalização do sentido é um pilar constitutivo da modernidade. A epistemologia biomédica veio a configurar modelos de explicação ontológica do humano e da realidade, naquilo que Foucault (ver 1977a: 184) designou como a produção de regimes de verdade. A biomedicina constituiu-se, assim, num vocabulário social que ordena a experiência e que classifica pessoas, grupos e comportamentos, naturalizando-os com o cunho da legitimação científica. Instigante para a análise social da “doença” é o deslocamento explicativo do

universo da moral para o âmbito científico. Como assinala Kleinman (1988: 26), na sua definição de medicalização:

“... problemas previamente classificadas e geridos como morais, religiosos ou criminais, são redefinidos como desordem e defrontados através da tecnologia terapêutica.”

Para Sontag (1991) a medicalização de um dado fenómeno segue a produção de conhecimento sobre o mesmo, em dialéctica com explicações prévias de teor moralista, sugerindo que, quanto menor é o conhecimento sobre uma doença e o grau de eficácia no seu tratamento, maior é o investimento de significados morais na mesma. Sontag (1991) chama a atenção para a inscrição no corpo das formulações metafóricas sobre a “doença”, induzindo sentimentos de culpa no sujeito enfermo e delineando identidades estigmatizadas. Não obstante a importância do seu alerta, subsiste na sua argumentação a ideia da positividade do corpo enquanto entidade natural. Porventura, a relação entre a medicalização e a moralização do sentido, instiga uma análise que não se detenha no aparente agonismo entre ambas. Contudo, a secularização escolta, indiscutivelmente, a primeira, sendo um dos factores assinalados por Conrad (1992) para a sua consolidação. Designadamente, na transformação de diversas condições de pecado em crime e deste em “doença”. Outro factor importante, prende-se com a crescente jurisdição da biomedicina sobre tudo aquilo que esteja, de algum modo, relacionado com a “saúde” e com a “doença”. Neste sentido, a autoridade para definir pessoas, comportamentos e para atribuir sentido à experiência, confere à biomedicina protagonismo na regulação da vida social. Foucault (1977a: 184) denuncia o poder da “Norma” operando através das disciplinas. Significa isto que a medicalização empreende um processo de normalização. A validação deste modelo, auferida pelo privilégio epistémico da ciência, conduz à naturalização dos conceitos que gera e que classificam os corpos no espaço social. Neste sentido, é válido interrogar a biomedicina como um vocabulário social que induz processos de tipo identitário.

Entre os seus conceitos, figura a ideia de “doença”, como um fenómeno biológico confinado às fronteiras do corpo individual. A concomitante acção biomédica, dirigida ao indivíduo enfermo, oblitera o contexto relacional, cultural e sócio-económico onde aquele se insere. Essa acção é efectuada no quadro de uma relação hierarquicamente assimétrica entre o sujeito (que contém a desordem no seu corpo, mas ao qual carecem os instrumentos epistémicos e tecnológicos para a reparar) e o médico (aquele que detém esse capital, e a

quem cabe a restauração da ordem). De igual modo, a rede social e política que sustenta esta relação é invisibilizada no curso da intervenção médica.

Há, porém, um outro aspecto que tende a ser negligenciado na reflexão crítica sobre a biomedicina, mas que julgo ser de vital importância para a compreensão desta medicina. É aquilo que Good (1994: 84) designou como a preocupação soteriológica da biomedicina:

“Comecei com o argumento de que preocupações soteriológicas informam o cuidado médico – estão nele sempre presentes – e por vezes irrompem na consciência ou provocam um colapso na prática rotineira. Sugeri que a justaposição do racional – técnico ou fisiológico com o existencial ou soteriológico é essencial para a nossa compreensão da medicina como uma formação simbólica.”

Levar em conta a dimensão soteriológica da biomedicina, permite entender a combinação entre hermeticidade técnica e retórica salvífica, presente no seu discurso. Ambos os elementos, embora distintos do ponto de vista dos seus conteúdos ideológicos, contribuem para o reforço da autoridade da profissão e do saber biomédico no espaço público. O carácter emancipatório das medicinas, enquanto saberes e práticas que visam minorar o sofrimento humano e ampliar a qualidade de vida, é inegável. Contudo, é essencial destrinçar a hierarquização que subjaz à prática e ao discurso da biomedicina, dos seus eventuais resultados terapêuticos. Para resolver esta aporia, auxílio-me da reflexão de Santos (2000: 74) acerca do paradigma epistemológico da modernidade ocidental:

“O paradigma da modernidade comporta duas formas principais de conhecimento: o conhecimento-emancipação e o conhecimento-regulação. O conhecimento-emancipação é uma trajectória entre um estado de ignorância que designo por colonialismo e um estado de saber que designo por solidariedade. O conhecimento-regulação é uma trajectória entre um estado de ignorância que designo por caos e um estado de saber que designo por ordem. Se o primeiro modelo de conhecimento progride do colonialismo para a solidariedade, o segundo progride do caos para a ordem.”

Tendo em vista aquilo que foi exposto atrás, a dimensão reguladora da biomedicina emerge com clareza, naquela que é a sua ambição de restituir a ordem ao organismo humano, normalizando-o. Neste sentido, é pertinente pensar a biomedicina como “conhecimento-regulação” (Santos, 2000: 74).

Porém, a prática terapêutica biomédica não se reduz a uma intervenção de normalização e de regulação do corpo. Tal como uma perspectiva construtivista da “doença” não deve negligenciar a experiência, sob pena de contribuir para o obscurecimento dos sujeitos, também a reflexão sobre a biomedicina deve incluir a transformação experiencial que ascende no curso terapêutico. Muito embora a intervenção biomédica constitua o indivíduo num lugar de caos que impera ordenar, para aquele a cura que essa mesma intervenção pode vir a proporcionar é experienciada como emancipadora. Não obstante, o processo pelo qual esse resultado se produz é, inequivocamente, um de objectificação autoritária do sujeito enfermo, excluindo qualquer tipo de mutualidade e de reconhecimento epistémico na relação entre médico e paciente. O seu fim não é o da solidariedade, mas o da salvação dos sujeitos, tidos como meros receptáculos, esvaziados de recursos e de saber. Não será, porventura, tanto nos resultados da biomedicina que reside a dialéctica entre regulação e emancipação, ou entre ordem e solidariedade, mas mais na sua prática. Retornando a Santos (2000: 74), o autor chama também a atenção para o carácter processual do conhecimento, afirmando que:

“Todo o conhecimento implica uma trajectória, uma progressão de um ponto ou estado A, designado por ignorância, para um ponto ou estado B, designado por saber.”

É a “trajectória” do saber biomédico que delimita o seu potencial emancipatório, ao assentar numa relação autoritária entre médico e enfermo, silenciando o último enquanto sujeito do conhecimento.

Neste sentido, para uma reflexão mais ampla sobre a biomedicina, creio ser importante considerar a experiência emancipadora da cura, uma vez que isso permite compreender em maior profundidade a relação que se estabelece entre médico e paciente, iluminando a agencialidade do último na escolha activa de recurso ao primeiro, contrariando uma perspectiva construtivista que tende a reificar os sujeitos como meros objectos da acção reguladora da biomedicina. Ao contrário, o recurso dos indivíduos à biomedicina deve ser entendido como um acto de agencialidade, uma vez que é realizado com o propósito da melhoria de uma circunstância indesejada, ainda que conduza a uma relação imbuída de controvérsia. Contudo, dada a trajectória deste saber, é inviável considerá-lo como “conhecimento-emancipação” (Santos, 2000: 74). Pelo que será mais adequado pensá-lo como um conhecimento de tipo soteriológico, que significa, enfim, “o colapso da emancipação na regulação” (Santos, 2000: 16), visto ser produzido no interior de uma lógica

autoritária, objectificando o sujeito enfermo numa intervenção normalizadora, ainda que possa prover um resultado terapêutico emancipatório do ponto de vista experiencial.

## 2.2. Repondo o corpo na intencionalidade humana

A naturalização da “doença” fez-se sentir nos estudos inaugurais da antropologia médica empiricista, cuja análise, dirigida à diversidade cultural dos sistemas médicos, reiterava a “doença” como um fenómeno natural (Good, 1994; Young, 1982). Também a sociologia da medicina tendeu a centrar-se no estudo da vertente institucional da biomedicina e dos seus usos biopolíticos, deixando de fora questionamentos de ordem epistemológica (Cabral, Silva e Mendes, 2002; Turner, 1995).

No lastro do pós-estruturalismo e do pós-modernismo, a análise antropológica e sociológica da “doença” tem vindo a problematizar a sua naturalização e a apontar o carácter histórico e localizado do saber e das práticas biomédicas, deslocando a investigação para os mecanismos de construção social e cultural da “doença”, por um lado, e para a sua dimensão fenomenológica, por outro.<sup>19</sup> A antropologia médica vem demonstrando que a “doença” não é, apenas, sujeita a representações culturais mas, que é, ela mesma, um produto cultural.<sup>20</sup>

Esta ideia encontrou configuração inicial no trabalho de Kleinman (ver 1988: 5), um médico com formação em antropologia que, rejeitando o estatuto da “doença” como uma entidade natural, procurou abordá-la como um sistema cultural, susceptível de se constituir num campo para a investigação antropológica. Afirmando que a “doença” “tem significado” (Kleinman, 1988: 9), a vertente interpretativa da antropologia médica situa a experiência da “doença” como sendo configurada por idiomas culturais e dirige a sua análise aos “modelos explicativos” da “doença” (ver Kleinman, 1980: 104-105). Particularmente significativo foi a distinção analítica que desenvolveu entre “illness”, a dimensão fenomenológica dos processos corporais (Kleinman, 1988: 3), e “disease”, a construção nosológica e práticas terapêuticas edificadas por um dado sistema médico (Kleinman, 1988: 5).<sup>21</sup> Esta distinção permitiu olhar as categorias nosológicas como um produto cultural, alertando, simultaneamente, para os

---

<sup>19</sup> Sobre as tendências contemporâneas na pesquisa social em saúde ver Nunes (2006).

<sup>20</sup> Adiante farei referência à desnaturalização da “doença” na moldura da antropologia médica, uma vez que, como aponta Turner (ver 1995: 1), um dos principais autores da sociologia médica, tem sido, sobretudo, no âmbito de estudos antropológicos que se tem vindo a atentar ao carácter interpretativo das construções nosológicas e à dimensão experiencial dos processos corporais.

<sup>21</sup> Dada a dificuldade de tradução dos termos, farei uso da designação genérica de “doença” para assinalar o conceito de enfermidade e mantereí a expressão “experiência” para a dimensão da primeira no vivido.



sentidos emocionais, afectivos e relacionais que configuram a experiência da “doença”, realçando a interacção entre ambos.

Contudo, algumas críticas vêm sendo apontadas ao modelo referido, nomeadamente por não incluir a problematização das relações de poder que imbuem de sentido a construção nosológica das enfermidades, isto é, de “disease” (ver Turner, 1984: 226).

Young (1982) aponta a ausência de reflexão acerca do processo de configuração simbólica da experiência de indícios biológicos ou comportamentais em sintomas. Este processo é o que possibilita o reconhecimento social dos primeiros, viabilizando as subsequentes respostas terapêuticas. Procurando suprir essa lacuna, Young (1982: 270) propõe um terceiro conceito, o de “sickness”. A construção da nosologia do stress pós-traumático é um exemplo desse processo, como foi demonstrado por Quintais (2000) para o contexto português pós-guerras coloniais.

Vêm, igualmente, sendo desenvolvidas abordagens fenomenológicas à “doença”, que centram a análise nas dimensões cognitivas e emocionais da “doença”, como a de Hahn (1995) que, contrariando a explicação biomédica, se propõe seguir no sentido inverso, definindo a “doença” como uma condição indesejada do *self*.

Conquanto a valiosa contribuição da antropologia médica interpretativa para a contestação do privilégio epistémico e do reducionismo objectivista da biomedicina, a ênfase que coloca nos universos semióticos e fenomenológicos pode conduzir à omissão de factores sociais e políticos, obscurecendo as relações de poder constitutivas da “saúde” e da “doença”. Em contraposição à perspectiva interpretativa, emergiu a antropologia médica crítica, expondo a proximidade da primeira com o modelo biomédico (Young, 1982: 269): “Especificamente, ambas as visões tomam o indivíduo como seu objecto e arena de eventos significativos”.

Resgatando a historicidade e as dimensões sociais e políticas para a sua análise, a antropologia médica crítica dialoga com análises históricas ao colonialismo, com a economia política e com os estudos subalternos, inquirindo quer a mistificação das origens sociais da “doença” pelo processo de medicalização que naturaliza as enfermidades, quer as condicionantes sociais na produção de conhecimento e de accionamento de estratégias terapêuticas (Good, 1994).

A imposição imperial da biomedicina sobre outros sistemas médicos vem sendo, igualmente, inquirida. Questionando o processo de tradicionalização dos últimos, Meneses (2004) demonstra como, não apenas as concepções de “saúde” e “doença” são culturalmente ancoradas, mas também como a própria fixidez que tende a ser atribuída ao uso dos sistemas

médicos é refutada na prática pelo uso estratégico de diferentes sistemas médicos, propondo o conceito de “intermedicina” (Meneses, 2004: 385) para se pensar o recurso selectivo e emancipatório a saberes médicos diversos.

Também a articulação das escalas locais e global é examinada, procurando-se evidenciar as assimetrias sociais e políticas que subjazem à produção de conhecimento biomédico, como foi demonstrado para o HIV-SIDA por Bastos (1997 e 2002), ou aos processos de hierarquização simbólica da incidência das diferentes enfermidades no eixo Norte/Sul, no que foi descrito por Bastos (1997: 82 e 2002: 33) como o “sistema mundial de saúde”, ou, ainda, à distribuição desigual das epidemias, como produto de uma “violência estrutural”, denunciada por Farmer (2005: 8).

O contributo da antropologia médica crítica desvela as diversas constelações epistémicas, sociais e políticas constituintes dos universos da “saúde” e da “doença”, relacionando diferentes escalas empíricas e hermenêuticas, transgredindo, com isso, a ideia de que a “doença” habita nas fronteiras do corpo individual. Não obstante, a atenção dirigida às relações de poder e de dominação, pode pender a assumir uma perspectiva supraorgânica sobre a “doença”, que omite o dado mais imediato a quem padece de uma enfermidade: a “doença” habita na carne e transforma-a, inelutavelmente. Por outro lado, a desmistificação dos usos políticos da biomedicina, pode conduzir à reiteração dos “doentes” como sujeitos despojados de agencialidade, considerados meros receptáculos para as forças biopolíticas.

Os estudos da antropologia médica, ao iluminarem diferentes aspectos da construção social da “doença”, permitem desnaturalizar o conceito, repondo o corpo no mundo social. Contudo dos mesmos ressaí um eixo, no qual a conciliação de perspectivas construtivistas, nomeadamente de inspiração pós-estruturalista, na esteira de Foucault (1977a), e abordagens fenomenológicas, na orla de Merleau-Ponty (1999), enfrenta dificuldades. A mesma incomensurabilidade marca presença nos estudos sociológicos sobre “saúde”, “doença” e “deficiência” (Good, 1994; Turner, 2001).

Diligenciando reconciliar ambos os rumos analíticos, vêm sendo apresentadas propostas conceptuais que procuram articular as diversas variáveis que constituem a “doença”. Shepher-Huges e Lock (1998) propõem a noção de “corpo consciente”, composto por três corpos (Shepher-Huges e Lock, 1998: 209), designadamente o corpo individual (no sentido fenomenológico), o corpo social (resultante dos usos representacionais do corpo para pensar a relação entre natureza, sociedade e cultura) e o corpo político (sujeito a mecanismos de regulação, sendo indissociável das ideias de desvio e ordem). Segundo esta perspectiva a “doença” (Shepher-Huges e Lock, 1998: 221):

“...não é apenas um evento isolado ou um encontro infeliz com a natureza. É uma forma de comunicação – a linguagem dos órgãos – através da qual a natureza, a sociedade, e a cultura falam em simultâneo. O corpo individual deve ser encarado como o território mais imediato e próximo onde as verdades sociais e as contradições sociais se jogam, bem como um lugar de resistência, criatividade, e luta pessoal e social.”

Ficam, porém, por esclarecer os modos de articulação entre os três corpos. Good (1994: 61) discute a possibilidade de uma “fenomenologia crítica” que busque a compreensão da experiência da “doença” no vivido, reconhecendo, ao mesmo tempo, os processos sociais e históricos onde a mesma tem lugar e para a qual contribuem. Considerando a combinação sistêmica de factores diversos na constituição da “doença”, Good (1994: 167) propõe pensá-la como um objecto estético:

“O objecto estético (...) depende e, apesar disso, transcende, tanto a performance como a audiência, o leitor e o texto, o objecto material e a resposta sensível e reflectiva. Por analogia, a doença não é simplesmente um estado fisiológico ou biológico do corpo individual. Nem é um reflexo desse estado na experiência daquele que sofre ou numa representação particular da doença (...) A doença é uma forma de relação particularmente complexa e dinâmica (...) é um objecto sintético *par excellence*.”

Contudo, para Good (1994: 61) obsta a dificuldade em “reconhecer a presença do social e do histórico na consciência humana”, iterando, com isso, uma epistemologia dicotômica que opõe o indivíduo ao social. Ainda assim, considerar a “doença” como um objecto estético permite sublinhar o seu carácter dinâmico e processual, contrariando a fixidez nosológica biomédica. Alude, ainda, à potencialidade adjectival da “doença”, transponível, enquanto conceito metafórico, para pensar outros elementos da vida social. A última hipótese foi densamente aprofundada por Sontag (1991). Porventura uma das doenças que sofreu de forma mais completa um processo de transmutação simbólica em adjectivo foi a lepra, à qual Sontag (1991: 59-60) recorre para ilustrar esse mesmo processo:

“Inicialmente os temas mais atemorizadores (corrupção, decadência, poluição, anomia, fraqueza) são identificados com a doença. Em seguida, em nome da doença (isto é, usando-a como metáfora), esse horror é imposto noutras coisas. Essa doença torna-se adjectival. Algo é

descrito como parecido com determinada doença, significando que é repugnante ou feio. Em francês, uma fachada de pedra deteriorada é ainda chamada de *lépreuse*.”

Mas, reflectir a “doença” como um objecto estético corre o risco de, ao enfatizar aspectos semióticos, obscurecer processos de marginalização social que lhe estão, frequentemente, associados. Ou seja, ao mesmo tempo que assinala os usos da “doença” como categoria classificatória para pensar o espaço social, omite a dimensão política dos mesmos, bem como as formulações identitárias a que dão origem.

Levando em conta o contributo da antropologia médica crítica, é incontornável reconhecer a mediação de relações de poder na distribuição epidemiológica e na construção social da “doença”. É necessário, também, identificar os mecanismos de produção de identidades marginalizadas e estigmatizadas que ascendem na dialéctica entre “saúde” e “doença”. Tanto mais que, no contexto ideológico da modernidade ocidental, a “saúde” firma-se como positividade em oposição à “doença”, a última indiciando uma debilidade ao mesmo tempo física e moral. No caso das doenças infecto-contagiosas, a negatividade atribuída à “doença” adensa-se, dado que à debilidade individual se associa uma ameaça ao colectivo, importando para o espaço público a ideia de contaminação. Para a análise social das doenças infecto-contagiosas é, portanto, particularmente vital uma abordagem que concilie perspectivas fenomenológicas e construtivistas, uma vez que a sua transmissibilidade tende a esboroar as fronteiras entre o corpo individual e o corpo social.

Neste sentido, ponderar a “doença” como um produto dinâmico, resultante da confluência de processos biológicos, cognitivos, epistemológicos, sociais e políticos implicará dar conta da rede de intencionalidades subjacente aos mesmos, articulando modos de representação e de práticas dirigidos, em simultâneo, ao corpo social e ao corpo individual. Implicará, ainda, iluminar a experiência individual da “doença” e dos processos identitários que lhe são contíguos. A inextrincabilidade entre o corpo individual e o corpo social configura, portanto, um espaço de porosidade, sugerindo que na reflexão acerca da representação moderna de “doença” e das suas dimensões experienciais, poderá revelar-se analiticamente proficuo o recurso ao espaço conceptual da liminaridade, desenvolvido por Turner (1967).

### 2.3. A *destruição* e a *criação* do mundo: a “doença” como um limiar

Turner (1967) escreveu sobre a liminaridade na década de 1960, num período marcado pelo estruturalismo. Não surpreende, assim, que a sua análise, tendo por base a ideia da sociedade como estrutura de posições, desenvolva a ideia de liminaridade como uma situação interestrutural. Não obstante, a sua reflexão acerca dos ritos de passagem e, muito particularmente, sobre o trânsito liminar, foi determinante para a ponderação subsequente da processualidade como uma condição inerente à vida social.

Turner (1967: 93) enuncia os ritos de passagem como momentos de transição entre estados, entendidos estes como uma qualquer condição fisiológica, cognitiva ou social “relativamente fixa ou estável”. Descartando a consideração do período de transição como um estado de transição, Turner (1967) destaca o seu carácter eminentemente transformativo. Com isto, afirma a antítese entre estado e transição. Invocando a estrutura tripartida do ritual, concebida por Van Gennep, e que consiste na separação, transição e agregação, Turner (1967: 94) dirige, em seguida, a sua reflexão para o período intermédio:

“A primeira fase da separação abarca comportamento simbólico, que significa o destacamento do indivíduo do grupo ou de um anterior ponto fixo na estrutura social ou de um conjunto de condições culturais (um «estado»); durante o interposto período liminar, o estado do sujeito ritual (o «passageiro») é ambíguo; este atravessa um domínio que tem poucos ou nenhuns dos atributos do estado anterior ou do subsequente; Na terceira fase a passagem está consumada; O sujeito ritual, individual ou colectivo, encontra-se num estado estável de novo...”

O sujeito do ritual habita, portanto, um espaço social indeterminado, cujo conteúdo é preenchido pela ambiguidade classificatória, desenhando a indefinição nos seus contornos identitários. Ou seja, o sujeito liminar é alguém que escapa a qualquer classificação, alguém que não se encontra nem num, nem noutro lugar, mas nos interstícios, e, neste sentido, a sua condição ambivalente é, de algum modo, poluente, dado que, substancia, ele mesmo, uma ruptura com a ordem social. Em conformidade, o sujeito liminar é socialmente invisível (quando não mesmo fisicamente encoberto) e despojado da sua identidade prévia. A função do ritual é a de assegurar o seu retorno ao universo classificatório ordenado, por via da edificação de um novo estado socialmente reconhecido, assegurando, com isso, a manutenção da ordem social (ver Turner, 1967: 97). Contudo, tal não significa a mera adopção de uma nova posição social, ao contrário, o sujeito liminar é transformado durante o processo de

aprendizagem do saber, processo para o qual é chamado a participar de forma activa. Ou seja, o saber não é meramente transmitido, mas é também produzido durante a aprendizagem (ver Turner, 1967: 106-108).

A virtude da análise de Turner (1967) resulta da sinalização do enlace, obrado no curso do período liminar, entre a transformação do mundo social e a transformação do próprio indivíduo. O trânsito liminar apela a uma modificação na classificação social do sujeito, tendo como corolário a própria reconfiguração do saber e da rede social. Mas a aquisição de uma nova identidade pública pelo sujeito, ao invés de induzir uma reconfiguração cognitiva no mesmo, é dela resultado. Neste sentido a mudança social urdida pelo ritual dimana de uma transformação ontológica do sujeito.<sup>22</sup>

Turner (1967: 97) ilumina, assim, um momento de *criação do mundo*, que brota na confluência de intencionalidades políticas e individuais, contrariando a oposição clássica entre o indivíduo e o mundo social, e desvendando, antes, um espaço de porosidade entre ambos:

“A liminaridade pode ser porventura encarada como o «Nay»<sup>23</sup> de todas as asserções positivas estruturais, mas também de algum modo a fonte das mesmas e, mais do que isso, como um domínio de possibilidade pura donde novas configurações de ideias e relações podem emergir.”

Por conseguinte, o período liminar, enquanto momento de gestação de novas constelações de sentido, constitui, também, um crivo para o que será incluído ou, ao contrário, expulso para lá das fronteiras que vigiam o espaço social ordenado. Dito de outro modo, a liminaridade é o território onde a ordem e a desordem social se enfrentam.

Tal como foi exposto atrás, a epistemologia ocidental acerca-se da “doença” como o reflexo invertido da “saúde”. “Saúde” e “doença” são os pólos opostos de uma antinomia, erigida sobre pressupostos ideológicos acerca do normal funcionamento do corpo e do seu desempenho social. O conceito de estado, empregue por Turner (1967) enquanto estabilidade definida, adequa-se à formulação moderna de “saúde”. Retornando à definição do seu contrário, a “doença”, esta assoma como cisão, enquanto (*Grande Dicionário da Língua Portuguesa*, 2004: 522-523):

---

<sup>22</sup> Acompanho, aqui, a reflexão de Quintais (2000: 104-105) sobre a liminaridade como uma transformação ontológica: “Uma mudança para a qual não há recurso. Esta *ausência de recurso*, esta irreversibilidade, é-nos ilustrada etnograficamente pelo modo como inúmeros ritos de passagens recorrem a mutilações corporais, isto é, a procedimentos que *marcam* indelevelmente a passagem, isto é, que tornam os símbolos entidades efectivas que procuram espelhar modificações também elas efectivas. Somos, assim, levados a pensar a *liminaridade como uma transformação ontológica*.”

<sup>23</sup> Termo de difícil tradução que em português remete para uma negatividade aberta, para “não só”.

“Alteração do estado normal de saúde de um ser, que se manifesta por sinais ou sintomas, que podem ser perceptíveis ou não; enfermidade; mal.”

Como tal, o rasto da “doença” é a desordenação da regularidade classificatória e social, instigando a sua análise no universo conceptual da liminaridade.

A perturbação provocada pela eclosão de uma “doença” pode impedir o indivíduo de manter um quotidiano regular, (chegando, por vezes, a apartá-lo dos demais) anunciando a desordem do seu mundo relacional e social. Além da ruptura ontológica e existencial experienciada pelo indivíduo, também a socialidade é sujeita a uma fractura. Efectivamente, no curso da “doença”, o quotidiano é metamorfoseado, reconfigurando temporalidades, espaços e intencionalidades. A “doença” pode insinuar, deste modo, uma ameaça, não apenas à sobrevivência do indivíduo, mas também ao fluxo da vida social. O sujeito enfermo encontra-se, assim, entre dois mundos, o da regularidade social e o da desordem, que destabiliza e ameaça o primeiro. A contingência suscitada pela “doença”, matiza a identidade do enfermo com ambiguidades, incertezas, desenhando-o como um sujeito liminar.

A “doença” pode ser pensada, assim, como um limiar, no qual a antinomia entre ordem e desordem se substancia. Nesta perspectiva, a resposta biomédica à “doença” constitui uma tentativa de reparação da ordem, por via do resgate do indivíduo ao universo da desordem. A porosidade do espaço liminar permite, ainda, articular as representações e práticas sociais adscritas à “doença” com os universos fenomenológicos que ascendem na experiência mais imediata da mesma. Ademais, sendo o limiar um espaço simultaneamente performativo e político, o recurso analítico ao mesmo permite explorar a associação dos usos simbólicos da “doença” com estratégias de regulação social e política.

Porém, à dialéctica entre ordem e desordem, a “doença” acrescenta uma dinâmica de disputa, uma vez que o “doente”, enquanto sujeito liminar, não é reconhecido como agente para o processo protagonizado pela biomedicina de restauração da ordem no seu corpo. Também o retorno à regularidade da vida social poderá ficar inviabilizado, no caso das doenças crónicas, transmissíveis ou incuráveis. Nestas, as ideias de ordem e de desordem podem enunciar experiências de inclusão e de exclusão social.

Em suma, a desordem ontológica e relacional produzida pela “doença”, pode ser equiparada a um momento de *destruição do mundo*, que instiga práticas sociais num esforço de *criação do mundo*. Recorro aqui à reflexão sobre a dor desenvolvida por Scarry (1985), transpondo-o para o universo da “doença”. Scarry (1985) alude a uma impossibilidade de

expressão inteligível da dor física, como consequência da dor ser desprovida de intencionalidade. Ao contrário dos outros estados mentais que se dirigem a objectos no mundo, a dor não tem qualquer conteúdo referencial, o que a torna, segundo Scarry (1985: 4), resistente à objectificação pela linguagem, chegando, mesmo, a destruí-la:

“A dor física não apenas resiste à linguagem mas destrói-a activamente, trazendo uma regressão a um estado anterior à linguagem, aos sons e gemidos que um ser humano produz antes da aprendizagem da linguagem.”

A dor encerra o indivíduo sobre si mesmo, numa experiência de difícil tradução e, logo, de comunicação problemática. Dado o seu conteúdo auto-referencial, a dor é algo que não pode ser nem negado, nem confirmado, constituindo-se num objecto de suspeição. A necessidade da sua tradução compele a que seja objectificada numa estrutura linguística. À criação de molduras de inteligibilidade para a dor, Scarry (1985: 13) dá o nome de “linguagem de agência”.

Como explica, o reconhecimento social da dor é um prelúdio indispensável para a formulação de práticas colectivas que se lhe dirijam. Em conformidade, a biomedicina pode ser pensada como estratégia que fornece uma “linguagem de agência” (Scarry, 1985: 13) para a desordenação ontológica e social produzida pela dor e pela “doença”. Retornando à ideia da “doença” como um limiar, à biomedicina cabe a normalização do corpo liminar enfermo, do que depende o retorno do último à vida social regular.

Porém, a criação de uma linguagem que traduza a dor tanto pode iluminar quanto obscurecer o sujeito, como é o caso da guerra que justifica a destruição do Outro, por via de uma retórica que o desumaniza (Scarry, 1985). Significa isto que, os vocabulários sociais, não sendo politicamente neutros, acarretam as relações de poder que procuram manter ou transgredir. Consequentemente, interpelar a biomedicina como uma “linguagem de agência” (Scarry, 1985: 13) implica, por um lado desnaturalizar o seu discurso e, por outro ponderar modos de construção do mundo, ancorando ambos, discurso e práticas, nas constelações ordenadas da vida social. Ao inscrever no corpo ideias de normalidade e patologia, a biomedicina reifica representações sociais de ordem e desordem, naturalizando-as e legitimando-as. O corpo-objecto da biomedicina projecta-se, assim, no corpo-próprio e no corpo-social, mediando a constituição dos mesmos. Nisto, é obrada a naturalização da classificação social, e é veiculada a ordenação do espaço social.



Mas se a “doença” se afigura como desordem, a especificidade das doenças infecto-contagiosas introduz a ideia de ameaça. Se a “doença” isola o indivíduo, aquelas que são transmissíveis não reconhecem as fronteiras do corpo individual, motivando a sua criação social. Por conseguinte, a relação entre o corpo-próprio e o corpo-social agudiza-se, dando lugar a uma tensão agonística entre ambos.

Douglas (1991a) avança um modelo sociológico para pensar as doenças infecciosas inspirado na análise antropológica da bruxaria. Questionando o “materialismo médico”, expressão cunhada por William James (*apud* Douglas, 1991a: 725), cujo principal corolário é a naturalização do próprio modelo biomédico, a autora defende que, tal como a bruxaria, as doenças transmissíveis, dada a invisibilidade que muitas vezes assumem e pela ameaça insidiosa que representam ao bem comum, constituem alvos potenciais para estratégias de rejeição social (Douglas, 1991a: 723):

“Infecção e inflicção de um mal oculto escondem-se ambos da observação: um portador pode transmitir uma doença a outros sem exhibir quaisquer sinais de infecção; uma bruxa parece-se com qualquer outra pessoa. Devido à sua dissimulação, ambas as formas de causar mal oferecem a mesma oportunidade para acusações e exclusões.”

O diagnóstico de uma doença infecto-contagiosa assoma, assim, como uma acusação com consequências profundas na cidadania dos indivíduos sobre os quais recai. Indubitavelmente, o contágio é um elemento que destabiliza a relação entre cidadania e bem público. As respostas públicas às doenças infecto-contagiosas consistem na edificação de barreiras, empíricas ou simbólicas, que visam a sua contenção, muitas vezes através da segregação social daqueles em cujos corpos o perigo da contaminação se aloja. Por norma, a desordem social imputada à “doença” é densamente imbuída de fantasmas de poluição. Contudo, se a poluição atribuída às doenças não transmissíveis é de ordem simbólica e moral, no caso das doenças transmissíveis a poluição revela uma substanciação empírica, ameaçando a sobrevivência da comunidade.

Ora, Douglas (1991a: 725), ao propor uma “epidemiologia social de acusações”, contesta a transparência do diagnóstico de uma doença infecto-contagiosa, procurando compreender a mediação das relações de poder na sua produção. Nesse sentido, destaca a sobreposição de imagens de marginalidade e de poluição que, normalmente, constituem a representação social das doenças infecto-contagiosas, e que instigam estratégias de regulação política do espaço público. O que é significativo, é essas estratégias encontrarem legitimação

social através do pronunciamento da ameaça de contágio. Como a autora refere (Douglas, 1991a: 724):

“Para a rejeição dos direitos civis de uma pessoa, a calúnia só por si não é suficiente, mas é preciso que seja suportada pela acusação de causa de dano, de modo a que a vítima possa ser classificada socialmente como um incómodo público.”

Douglas (1991a) intenta, assim, esclarecer o modo, historicamente situado, como as categorias de “doença” e de profilaxia emergem, numa relação estreita com a manutenção de uma determinada ordem social.

Por outro lado, a definição do diagnóstico como uma actividade de tradução semiótica entre terapeuta e paciente (ver Kleinman, 1988: 16), mostra-se insuficiente para o caso das doenças infecto-contagiosas. Em torno, compará-lo a uma acusação de bruxaria, permite desvendar as consequências destrutivas que acarreta sobre a cidadania dos indivíduos.

Neste sentido, o diagnóstico, como momento de inteligibilidade classificatória, gera resultados díspares. Por um lado, constitui-se numa categoria que acciona práticas sociais, inspirando a *criação do mundo*. Por outro lado, ao fazê-lo, condena aqueles sobre quem o diagnóstico é produzido a uma diminuição ou, mesmo, a uma perda dos seus direitos civis (como é o caso do internamento compulsivo ou da notificação compulsiva, mas também da desqualificação social por via do estigma) desembocando, para esses, na inviabilização de uma participação plena no mundo social, ou seja, na *destruição do mundo*.

No seio desta dialéctica, o conhecimento biomédico parece extravasar uma acção reguladora para se constituir num exercício de violência, tornando-se susceptível de ser pensado para além da dicotomia entre regulação e emancipação, descrita por Santos (2007) como paradigma das sociedades metropolitanas, tendo lugar, antes, nesse “outro lado da linha” (Santos, 2007: 3-4), constituído pelos territórios subjugados pela dominação colonial, e onde vigora uma tensão entre a apropriação e a violência, dado que, muitas vezes, a produção do diagnóstico de uma doença transmissível ponde tender a descartar qualquer possibilidade de inclusão dos que dela padecem.

Assim, a “linguagem de agência” (Scarry, 1985: 13) produzida pela biomedicina, constitui-se num vocabulário social que, ao mesmo tempo que permite a regularização do espaço público, instiga a criação de identidades marginalizadas. Invocando a estrutura tripartida do ritual para pensar as doenças transmissíveis, dir-se-ia que a reparação da ordem, poderá implicar o não retorno do sujeito liminar ao espaço social. O que significa que, para

que a ordem social seja mantida, o sujeito liminar deverá ser segregado nos universos obscurecidos da desordem.

Na modernidade ocidental, a “doença” figura como um indicador simbólico da desordem social, esboçando um limiar no qual a antinomia entre ordem e desordem se substancia. Enquanto limiar, a “doença” constitui um momento de produção social e cultural, num confronto dinâmico entre a inclusão e a exclusão, com assento no corpo do indivíduo enfermo. Assim, é duplamente no corpo-próprio e no corpo-social que este processo se desenvolve e reflecte, revelando a inextrincabilidade entre a experiência dos sujeitos e as estratégias sociais de regulação política do espaço público.

Ponderar a “doença” como um limiar permite, por conseguinte, desenvolver uma reflexão alicerçada nos espaços de porosidade entre ambos. Permite, também, considerar a biomedicina como uma “linguagem de agência” (Scarry, 1985: 13), imbricada nos processos de produção de sentido, de classificação e de ordenação do espaço social. Finalmente, o limiar assinala um crivo donde novas configurações emergem e onde outras são obscurecidas. A “doença” converte-se, assim, numa arena para o confronto entre a ordem e a desordem do mundo social que, no caso das doenças infecto-contagiosas, pende para a invisibilização dos sujeitos.

Situando a lepra nos processos de *destruição* e de *criação do mundo*, buscarei desfiar a tessitura da representação e da experiência desta enfermidade na modernidade ocidental, iluminando-o com o detalhe empírico emerso da última leprosaria portuguesa.



### 3. A opacidade do véu

A lepra tem sido sujeita, ao longo de diversos períodos históricos, a um profuso investimento metafórico, agregando significados de origens diversas, resultando numa densidade simbólica de difícil destrição.

Na representação moderna da lepra, é possível detectar a persistência do espectro de uma doença bíblica, no qual se entalha a personagem do “leproso” medieval. Com esta imagética, compete a nosologia biomédica de doença de Hansen, que consagra um modelo etiológico em contraposição às teorias explicativas bíblicas e medievais, centrando-se numa causalidade patogénica e refutando a herança histórica que estampa ideias punitivas na lepra. Nesta competição representacional reside o âmago da produção simbólica da lepra na modernidade ocidental.

Por conseguinte, para uma discussão acerca da arquitectura moderna da representação social da lepra, é indispensável mergulhar, antes, nas suas fundações bíblicas, bem como aludir às principais imagens medievais da doença. Após o que, discutirei a medicalização da lepra, encetada a partir de finais do século XIX, sendo este processo inextricável de um outro, designadamente a ascensão e difusão da leprosaria moderna, como estratégia profilática. Esclareça-se que não pretendo traçar, aqui, um retrato histórico da lepra, tarefa que seria incomensurável, mas sim assinalar os principais elementos que marcam presença na moderna tessitura simbólica desta doença.

#### 3.1. A substanciação do pecado: a lepra na Bíblia

No Antigo Testamento, a lepra figura como uma praga, com origem na punição divina dos pecados humanos. Mais do que uma doença, é um castigo lançado sobre os humanos, em consequência da desobediência às regras espirituais e sociais, prescritas por Deus. A história de Miriam ilustra a conversão da ira de Deus na expugnação do seu corpo pela lepra (Números, 12 *in Bíblia Sagrada*, 1974: 161):

“Assim, a ira do Senhor contra eles se acendeu; e foi-se.

E a nuvem se desviou de sobre a tenda; e eis que Miriam *era* leprosa como a neve; e olhou Aarão para Miriam, e eis que *era* leprosa.”

O mesmo episódio é invocado posteriormente, com o propósito de compelir a subordinação humana à vontade divina (Deuterónimo, 24 *in Biblia Sagrada*, 1974: 219):

“Guarda-te da praga da lepra, e tem grande cuidado de fazer conforme a tudo o que te ensinarem os sacerdotes levitas; como lhes tenho ordenado, terás cuidado de o fazer.

Lembra-te do que o Senhor, teu Deus, fez a Miriam, no caminho, quando saíste do Egipto.”

No Levítico, são prescritas as leis que regulamentam o comportamento da comunidade perante o prenúncio de lepra. É ao sacerdote quem cabe determinar se a “praga da lepra” se abateu sobre alguém, declarando-o “impuro” e, como tal, um elemento nefasto para a comunidade, urgindo desta ser apartado (Levítico, 13 *in Biblia Sagrada*, 1974: 123):

“Havendo, pois, o sacerdote examinado, e eis que, se a inchação da praga, na sua calva ou meia calva, *está* branca, tirando a vermelho, como parece a lepra na pele da carne.

Leproso é aquele homem, imundo *está*; o sacerdote o declarará, totalmente, por imundo, na sua cabeça tem a sua praga.

Também os vestidos do leproso, em quem *está* a praga, serão rasgados, e a sua cabeça será descoberta, e cobrirá o beijo superior, e clamará: Imundo, imundo.

Todos os dias em que a praga estiver nele, será imundo; imundo *está*, habitará só; a sua habitação *será* fora do arraial.”

São determinados, também, os preceitos para a purificação do “leproso”. Esta é realizada pelo sacerdote e visa a expiação da culpa e do pecado. A cura é, portanto, entendida como uma purificação moral (Levítico, 14 *in Biblia Sagrada*, 1974: 125):

“... assim o sacerdote fará expiação por ele, perante o Senhor.

Também o sacerdote fará a expiação do pecado, e fará expiação por aquele que tem de purificar-se da sua imundícia: e depois, degolará o holocausto;

E o sacerdote oferecerá o holocausto e a oferta de manjares sobre o altar; assim, o sacerdote fará expiação por ele, e será limpo.”

A “praga da lepra” pode abater-se, não apenas nos seres humanos, mas também no mundo material dos objectos e das habitações, assumindo a forma de “lepra roedora” (Levítico, 14 *in Biblia Sagrada*, 1974: 126). Nestas situações, os objectos “impuros”, como as

roupas, são condenados à destruição através do fogo ou, no caso das habitações, demolidas e os seus materiais evacuados afora do espaço habitacional, para “um lugar imundo” (Levítico, 14 *in Bíblia Sagrada*, 1974: 126). Qualquer objecto ou ser humano em contacto com o “leproso”, incorpora a sua corrupção, tornando-se, também ele, impuro. Assim, a lepra assola os seres humanos substanciando o pecado nos seus corpos e, na sua perfídia, tal como o pecado, é contagiosa, ameaçando alastrar-se e contaminar o resto da comunidade.

Enquanto punição divina, a lepra confere materialidade ao pecado, revelando-o no corpo, mais propriamente na “pele da carne” (Levítico, 13 *in Bíblia Sagrada*, 1974: 123), corrompendo, desta forma, a integridade dos seus contornos, que são, também, aquilo que permite reconhecer a identidade do indivíduo e, logo o sinal da sua humanidade. A lepra é, também assim, uma denúncia, que expõe na derme a degeneração da alma.

Como indício da incorporação da poluição moral, a lepra demanda a expulsão do “leproso” da comunidade, sob pena de este a contaminar. Com origem numa punição divina, a lepra é respondida, socialmente, com a condenação ao ostracismo.

Significa isto que, mais do que corresponder a uma enfermidade específica, a lepra serve como um símbolo que aglomera os corolários nefastos do comportamento ímpio. O seu carácter e função referenciais, ficam patentes quando é invocada para classificar a tinha, descrita como a “lepra da cabeça” (Levítico, 13 *in Bíblia Sagrada*, 1974: 123). Enquanto símbolo, indicia o processo de decomposição. Mais do que com a morte, a lepra é identificada com o seu resíduo material, o cadáver, evidência da fragmentação inexorável dos territórios da vida humana, símbolo último da poluição, como revela o pedido, proferido por Aarão, de clemência para Miriam (Números, 12 *in Bíblia Sagrada*, 1974: 161):

“Ora, não seja ela como um morto que, saindo do ventre da sua mãe, tenha metade da carne já consumida.”

Porém, é necessário destrinçar o conteúdo semântico da palavra lepra no contexto bíblico e no contexto biomédico actual. A concordância entre ambos parece ser altamente duvidosa (Lewis, 1987: 596):

“Nenhuma referência é feita à deformidade, perda de sensibilidade, mudanças destrutivas, cegueira, ou paresia. Em casos duvidosos, as lesões impuras deveriam exibir mudanças após sete dias. A lepra, tal como a conhecemos, não se desenvolve tão depressa como em sete dias; o seu avanço pernicioso é muito lento. Várias afecções dermatológicas enquadram-se em alguns dos

critérios bíblicos: vitiligem, psoríase, infecções fúngicas. (...) A discrepância entre a lepra bíblica e a lepra dos manuais médicos é bem conhecida pelos estudiosos da Bíblia.”

É hoje consensual que esta discrepância teve origem na tradução do termo bíblico “tzaraath” para o grego “lepra”, no século II A. C., o primeiro significando castigo e impureza, descrevendo diversas dermatoses e sendo irreduzível a uma em particular (Bérniac, 1985; Cule, 2002; Edmond, 2006; Lewis, 1987; Rawcliffe, 2006; Vieira, 2003). O termo “lepra” deve-se a Hipócrates de Cós, contudo é provável que este o tivesse aplicado também a outras doenças (Rawcliffe, 2006; Vieira, 2003) ou mesmo que não incluísse, de todo, a enfermidade que conhecemos hoje sob esse nome (ver Lechat, 2002: 158). Mais tarde, o equívoco adensou-se com a tradução do grego “lepra” para o latim “elefantíase”, que estabelecia uma analogia entre as sequelas provocadas pela lepra na pele e nos pés, com o couro e patas do elefante (Edmond, 2006; Rawcliffe, 2006). A distinção entre a lepra e outras doenças do foro dermatológico veio a ocorrer muito mais tarde. Refira-se, também, que até hoje não foram encontradas evidências paleopatológicas da sua existência em Israel nos tempos bíblicos (Cule, 2002). Não obstante, o conteúdo simbólico da representação bíblica da lepra perdurou, historicamente, no rasto desta doença.

O que parecia constituir o marcador da lepra no Antigo Testamento, era, portanto, a deformação dermatológica. Por outro lado, aquilo que se afigurava como poluente era a substanciação da imoralidade e seria esta, mais do que a doença em si, que se insinuava como um agente de contaminação social.

Com efeito, o Levítico corresponde a um código de conduta social, assente na distinção entre pureza e impureza, concebidas sob o ponto de vista da moral (Levítico, 14 *in Bíblia Sagrada*, 1974: 126):

“Para ensinar em que dia *alguma* coisa *será* imunda, e em que dia *será* limpa. Esta é a lei da lepra.”

Douglas (1991b: 50) na análise que faz da relação entre pureza e impureza no Levítico, demonstra como estes conceitos, ao invés de terem origem na essência dos objectos a que se referem, permitem a manipulação no plano simbólico dos termos que medeiam e organizam a própria vida social:



“A impureza nunca é um fenómeno único, isolado. Onde houver impureza há sistema. Ela é o subproduto de uma organização e de uma classificação da matéria, na medida em que ordenar pressupõe repelir os elementos não apropriados. Esta interpretação da impureza conduz-nos directamente ao domínio simbólico. Pressentimos assim a existência de uma relação mais evidente com os sistemas simbólicos de pureza. Concebemos a impureza como uma espécie de compêndio de elementos repelidos pelos nossos sistemas ordenados.”

Assim, os conceitos de pureza e impureza inscrevem-se nas noções, social e culturalmente produzidas, de ordem e desordem. Para que uma determinada ordem social seja mantida, importa que aquilo que a ameaça seja simbolicamente construído como poluente. Desta forma transformada em interdito, a possibilidade de desordem é eficazmente repelida para fora daquilo que se pretende conservar (Douglas, 1991b: 55):

“... diremos que se o impuro é o que não está no seu lugar, devemos abordá-lo pelo prisma da ordem. O impuro, o poluente, é aquilo que não pode ser incluído se se quiser manter esta ou aquela ordem.”

No mesmo sentido, Lewis (1987), considerando a presença da lepra no Antigo Testamento como uma questão de impureza ritual e não como um problema médico, tal como o concebemos hoje, sugere que na ideologia judaico-cristã a dialéctica entre pureza e impureza veio a ser materializada nas figuras do sacerdote e do “leproso”. Ao eleger a reprodução como um dos seus valores centrais, este sistema religioso enfatiza a vida, a saúde e a perfeição física como veículos da moralidade. O corpo com lepra parecia indiciar uma intimidade com o processo de decomposição e, como tal, era investido de significados profundamente negativos, ao exhibir uma condição, aparentemente, não natural (Números, 5: 151):

“Ordena aos filhos de Israel que lancem fora do arraial a todo o leproso, e a todo o que padece fluxo, e a todos os imundos por *causa de contacto com algum morto*.”

O “leproso” é, em acordo, alguém que sofre uma morte em vida e que, enquanto tal, não está nem vivo, nem morto, mas entre um estado e o outro, desafiando a estabilidade dos pilares classificatórios da ideologia judaico-cristã: a vida e a morte. Se, por um lado o corpo acometido pela lepra denuncia o indivíduo como ímpio, por outro inscreve-o num espaço não regulado por Deus, ou seja, que escapa à classificação ordenada do mundo. E, neste sentido, a

perigosidade da sua condição é duplamente poluente. Contudo, essa mesma condição brota da vontade de Deus, o que a matiza, desenhando uma espécie de poluição sacra, cujo desígnio é, enfim, o de fazer cumprir a ordenação divina do mundo, como sugere Edmond (2006: 4-5):

“As leis da lepra, tais como as das excreções corporais, expõem o significado da impureza corporal e da sua relação com o sagrado, expressa no corpo do tabernáculo. O contacto com o que está poluído transmite essa poluição ininterruptamente até atingir o corpo sagrado do tabernáculo. Por conseguinte, a lepra é uma forma de «contágio sagrado»: não sendo consequência do poder maléfico de demónios mas o resultado da acção de Deus, devido a uma qualquer fissura no seu convénio. A impureza ritual, tal como a que é representada pelo corpo com lepra e sua remoção do acampamento, é uma forma de impor de novo a ordem de Deus na sua criação. Para o escritor do Levítico, «impuro» não é, primordialmente, um termo para o horror e repugnância psicológicos, mas uma forma de demonstrar a natureza sagaz do cuidado e do controlo de Deus.”

O Novo Testamento estende a ideia de uma poluição sacra, corolário da ira de Deus, à possibilidade de uma manifestação da virtude divina no próprio território da humanidade. Assim, a lepra enquanto substanciação do pecado na carne, é acompanhada, também na carne, pelo seu contrário. É Jesus quem incorpora a pureza moral que permite resgatar o “leproso” da sua condição aviltante. No Novo Testamento, a presença da lepra serve para demonstrar o carácter compassivo de Jesus e os seus poderes curativos. A cura é, agora, sinónimo de salvação. O “leproso” não é mais o “impuro”, objecto de segregação social e manuseado com extrema vigilância ritual no processo da purificação, mas um receptáculo para a compaixão, substanciada no toque que cura, fornecendo, ainda, um testemunho político junto dos sacerdotes do templo, como comprovação da natureza messiânica de Jesus (S. Marcos, 1 *in Biblia Sagrada*, 1974: 43):

*“A cura de um leproso*

40 E aproximou-se dele um leproso, que, rogando-lhe, e pondo-se de joelhos diante dele, lhe dizia: Se quiseres, bem podes limpar-me.

41 E Jesus, movido de grande compaixão, estendeu a mão, e tocou-o, e disse-lhe: Quero, sê limpo.

42 E, tendo ele dito *isto*, logo a lepra desapareceu, e ficou limpo.

43 E, advertindo-o severamente, logo o despediu.

44 E disse-lhe: Olha, não digas nada a ninguém; porém, vai, mostra-te ao sacerdote, e oferece pela tua purificação que Moisés determinou, para lhes servir de testemunho...”

À vocação reguladora do Antigo Testamento, junta-se, assim, uma dimensão soteriológica no Novo Testamento.

A Bíblia, ao fabricar a fusão semântica entre lepra, pecado, castigo e redenção, veio a condicionar a posição social dos enfermos em sucessivas épocas históricas. Fê-lo, contudo, postando a ambivalência no estatuto do “leproso”, inspirando respostas sociais divergentes, do anátema à compaixão, e que desembocam, respectivamente, na segregação social ou no toque piedoso que cura. Contudo essa ambivalência repousa sempre na percepção do “leproso” como um Outro. O que varia não é tanto a representação desse Outro, mas a relação que com ele é estabelecida. Assim, “leproso” parece aludir, sempre, a algo mais do que um indivíduo que padece de lepra. A palavra remete para o próprio universo das margens, para a fronteira que define o que é e o que não é humano, para alguém que se encontra, inelutavelmente, fora do espaço relacional socialmente ordenado. O corpo com lepra, incorporando a impureza que delimita o universo das margens, veio a tornar-se, ele mesmo, num lugar de exclusão.

### **3.2. A morte em vida: a lepra no imaginário medieval**

O anátema bíblico e o ímpeto segregacionista são iterados nos fantasmas medievais europeus que ecoam uma disseminação epidémica de lepra, descrita como um “flagelo”, com início nos primeiros séculos da cristandade até finais do século XIII, atingido um apogeu, que resultou na profusão de leprosarias, nos séculos XI, XII e XIII (Adam e Herzlich, 2003; Bérniac, 1985; Lechat, 2002; Vieira, 2003). É, precisamente, na “Idade das Trevas”, que a imaginação ocidental situa a proscricção mais extrema do personagem medieval do “leproso”, o qual emerge como epítome da exclusão social (Bérniac, 1985: 136):

“A lepra conferia às suas vítimas um estatuto jurídico especial que acaba de ser estabelecido no século XII. Depois do nome, menciona-se «leproso», como «padre», «cavaleiro» ou «donzel».”

Condenado ao ostracismo e à mendicidade, o “leproso” medieval era expulso da vida social (Carvalho, 1932: 10-11):

“O leproso tinha de trazer a cabeça coberta e andar calçado para não infeccionar os caminhos, passar à beira das estradas e avisar da sua passagem por meio de campainhas ou matracas, para que os sãos se afastassem e não corressem risco de contaminar-se. Era-lhes proibido ir lavar as suas roupas em lavadouros comuns ou às ribeiras utilizadas para esse fim. Sofriam castigos se entravam nos moinhos e padarias e tocavam nos géneros alimentícios expostos e quando pretendiam designá-los nas vendas e mercados por quererem adquiri-los, tinham de fazê-lo tocando-os com uma vara longa de que andavam munidos. Não podiam (...) exercer qualquer profissão em que manuseassem alimentos, roupas ou outros objectos, que tivessem de ser utilizados pelos sãos e muito especialmente era-lhes vedado o ofício de carneiros. Era-lhes defeso comerem ou dormirem com pessoas sãs e servirem-se nas tabernas e estalagens. Durante um tempo foi proibido aos leprosos casarem-se, quando um dos cônjuges era são e até quando ambos tinham a doença (...) Em muitos países os leprosos que pelo facto da doença se consideravam mortos civilmente, não podiam pleitear em justiça, contratar, vender, herdar nem testar.”

A sua conversão num ser “intocável”, despojado de tudo o que o assinalava como humano, apartava-o radicalmente dos outros. Desprovido de quaisquer traços que o individualizassem, o “leproso” medieval assomava como inumano, assolado por uma “morte em vida” (Bérniac, 1985: 137):

“Desenhe-se a figura tradicional do leproso: um fato comprido e luvas, muitas vezes um grande chapéu, dissimulam a maior parte das deformidades e supostamente defendem o público da contaminação.”

Segundo a historiografia clássica, ao diagnóstico de lepra seguia-se a consagração ritual da morte civil, numa cerimónia religiosa que postulava o “leproso” morto para o mundo «*sis mortuus mundo*», mas acrescentando, a título de consolação, que renascia para Deus «*vivus iterum Deo*» (Cule, 2002: 151):

“O padre conduzia o enfermo para a igreja, como um «homem morto», coberto com um manto negro (...) Após a missa (...) e depois do padre ter lançado terra, como num serviço fúnebre, sobre o padecente que estava «morto para o mundo mas de novo vivo para Deus». O indivíduo era então levado para o exterior onde teria que escutar o recitar de uma lista de proibições.”

Esta cerimónia parece ter-se confinado a algumas dioceses no Norte e no Leste da França, da Inglaterra e de algumas regiões junto ao Reno (Bérniac, 1985). Em Portugal não parecem existir evidências da sua realização (Carvalho, 1932).

Douglas (1991a) sublinha como no período anterior ao século XII europeu, os relatos sobre lepra apontam uma ocorrência esporádica da doença, circunscrita às elites nobres e religiosas. Não seria tida como contagiosa, mas como uma manifestação do pecado, servindo, sobretudo, para expor o carácter imoral de determinados indivíduos, que se viam, por essa via, despossados do seu estatuto social e político. Posteriormente, abundam descrições de uma epidemia de lepra, que situam a sua prevalência, exclusivamente, nas camadas populares. A lepra era, então, tida simultaneamente como hereditária e contagiosa (Bérniac, 1985). Contudo, são os aspectos morais que mais densamente se inscrevem na sua percepção pública. Considerada altamente infecciosa, a sua transmissibilidade seria produto de uma vida sexual ilícita e pecaminosa, edificando-se o mito da “libertinagem do leproso” (Cule, 2002: 149). Concomitantemente, a implementação de medidas segregacionistas generalizou-se, com a criação de leprosarias por toda a Europa Medieval (Bérniac, 1985; Douglas, 1991a), ou gafarias, como eram chamadas em Portugal (Carvalho, 1932).

Contudo, é plausível que na categoria de “leproso”oubessem outras afecções dermatológicas, como sugerem diversos dados que contrariam a existência de uma propagação da doença em tão larga escala, nomeadamente as próprias características do bacilo, a escassez de vestígios osteológicos e o modo repentino e, portanto, inverosímil, como apareceu e desapareceu (Douglas, 1991a; Bérniac, 1985). Ainda hoje, se desconhecem as razões para o seu declínio. Consideram-se como principais hipóteses as maiores taxas de mortalidade no séc. XIV, que resultaram da disseminação epidémica da peste bubónica, a modificação dos padrões alimentares e a propagação da tuberculose, doença com a qual que se julga existir uma imunidade-cruzada (Covey, 2001; Lechat, 2002).

Para Douglas (1991a: 732) a metamorfose na representação social da lepra teria menos que ver com uma mudança no modo de disseminação do bacilo do que com as profundas transformações sociais e políticas que se anunciavam ao nível de uma progressiva centralização do poder do Estado:

“Ao que parece a discriminação dirigida aos leprosos era uma solução para o problema das massas em desvantagem recente, criado pelo individualismo que vinha desgastando o sistema feudal. Pessoas sem terra e sem interesse para ninguém, eram arrumadas nas leprosarias. A legislação começou a separar os leprosos do resto da comunidade.”

Às imagens bíblicas do pecado atribuído à lepra, sobrepuseram-se imagens medievais de pobreza, miséria e ignorância, reforçando o carácter adjectival da doença, e sinalizando-a em franjas específicas da população. A associação da lepra com indivíduos marginais, sujeitos a processos de exclusão social, induziu a que a sua inscrição no corpo individual punido pelo pecado, fosse ampliada ao corpo político dos grupos sociais que desordenavam o espaço público. Neste sentido, os fantasmas de uma epidemia e a disseminação de leprosarias para acolher os enfermos na Europa Medieval, conduziram a que a lepra deixasse de ser considerada um “flagelo” individual para se tornar num “flagelo” colectivo, que demandava uma intervenção, dirigida não somente ao corpo individual, mas também, ao corpo colectivo.

Ainda assim, a imaginação medieval da lepra reiterava a ideia de uma poluição sacra (Férrandez, 2004: 66):

“Os leprosos, mais que qualquer outro tipo de enfermos são para a sociedade medieval (...) uma espécie de necessidade moral. São mantidos asilados a uma distância prudente (...) mas ao mesmo tempo conservando-os à vista e tornando-os objecto de certas atenções para se forjar uma boa consciência e «projectar e fixar neles, magicamente, todos os males que se pretende afastar de si». Estão ao mesmo tempo no mundo e fora do mundo.”

Como descreve Rawliffé (ver 2006: 55-64), a purgação perante a morte em vida, afigurava-se tanto uma praga, quanto como uma marca da graça divina. Nesse sentido, as práticas de caridade dirigidas aos doentes de lepra eram tidas como meios de salvação. O “leproso” medieval renovava, assim a imagem do inumano, de um Outro ao mesmo tempo associado ao pecado e à virtude. A última sendo conquistada pelo próprio, na expiação através do sofrimento físico, ou por meio dele, tornando-o num objecto preferencial para o exercício da caridade cristã, enquanto receptáculo para a demonstração da compaixão.

Prenhes de ambivalência, oscilando entre a exclusão total e a redenção salvífica, as diferentes imagens atribuídas à lepra desenharam uma espessura simbólica que, por um lado desaguaram numa opacidade que invisibilizou os enfermos e, por outro, instigaram o uso da lepra como um instrumento classificatório para pensar e ordenar o mundo social.

### 3.3. A escultura biomédica da doença de Hansen: a lepra na modernidade ocidental

Nos finais do século XVI, o espectro da lepra desvaneceu-se na Europa, subsistindo, apenas, pequenos focos endémicos nas regiões escandinavas. Para a imaginação europeia de então, a lepra transformou-se numa doença tropical (Bérniac, 1985). Ao longo dos séculos seguintes, a sua atribuição ao atraso civilizacional foi-se cimentando. Tanto do ponto de vista simbólico, quanto do ponto de vista do conhecimento científico da época, a representação da lepra como uma doença arcaica consolidou-se, remetendo-a para a obscuridade do passado e para os espaços “primitivos” sob o jugo imperial.

Nos séculos XVII e XVIII, o interesse da medicina europeia pela lepra concernia a classificação da doença, ambicionando clarificar a sua sintomatologia, distingui-la de outras enfermidades e identificar as suas diferentes tipologias. Relativamente aos modos de irradiação, o debate médico ponderava tanto a hipótese da hereditariedade, quanto a do contágio, pendendo, contudo, em favor da primeira (Edmond, 2006; Gould, 2005). Em Portugal, conquanto alguns clínicos admitissem a possibilidade do contágio, a sua transmissão era tida, sobretudo, como hereditária (Carvalho, 1932).

Em finais do século XVIII e inícios do século XIX, a lepra fez-se anunciar na Europa por via de relatos que chegavam das colónias. Durante esse período, a doença assomou como um marcador que diferenciava o corpo do colonizador do corpo do colonizado. No seio das classes dirigentes, a lepra era considerada uma desordem constitucional dos trópicos (Edmond, 2006). Era, por excelência, uma doença do Outro “primitivo”. A título de exemplo, veja-se a tese *De Elephantiasis*, produzida em 1811, por João António Vieira, natural da ilha da Madeira, na qual atribuía a existência da lepra na região aos contactos comerciais com o continente africano (*apud* Carvalho, 1932: 170).

Porém, o desconhecimento sobre as causas da sua extinção na Europa, em finais da Idade Média, inscrevia na lepra, doença já de si pulsante de conotações metafísicas, uma áurea de mistério que a configurava como uma ameaça latente. Edmond (2006: 36) refere como na literatura romântica anglo-saxónica, a lepra figurava, frequentemente, como uma espécie de retribuição punitiva:

“A lepra, como vimos, era especialmente associada com a punição. Isto sucedia não apenas porque fora tradicionalmente entendida como um castigo ou praga. Ao contrário da cólera, ou outras doenças que emanavam das zonas tropicais, a lepra era uma doença europeia, julgada eliminada, e que agora ameaça regressar. Isto conferia-lhe um carácter atávico, adequado à ideia

de «retorno» e punição. Recordava a Europa de um passado que se assumia como tendo sido vencido, de um presente que fazia retornar às metrópoles o custo da expansão colonial, e o entrelaçar pernicioso dos dois.”

Foi neste contexto que despontou a leprologia moderna, inaugurando uma disciplina médica especificamente votada ao estudo da lepra e encetando o processo de medicalização desta doença. As fundações desta “disciplina à parte”, para uma “doença à parte”, foram erigidas na Noruega, durante o século XIX. Aí, no decurso do mapeamento nacionalista do território e da população,<sup>24</sup> a lepra tinha sido redescoberta entre as camadas camponesas, no início do século XIX (Edmond, 2006). A cidade de Bergen, considerada o “berço da leprologia moderna”, foi o local de origem do “pai da leprologia moderna”, o médico Daniel Cornelius Danielssen.

Danielssen que aos dezassete anos de idade havia contraído tuberculose óssea na anca, veio a ocupar, em 1839, o cargo de médico no Hospital de St. Jorgens, em Bergen. Em colaboração com Carl Wilhelm Boeck, redigiu aquela que viria a ser tida como a primeira descrição científica da lepra. O livro *Om Spedalskhed* (Sobre a Lepra), publicado em 1847, foi traduzido para o francês em 1848, tornando-se na principal referência sobre lepra na época, uniformizando o entendimento médico da doença (Benchimol e Sá, 2003; Edmond, 2006; Gould, 2005). Através de estudos clínicos e da anatomia patológica, classificaram a lepra em dois tipos, a tubercular e a anestésica. Relativamente ao modo de propagação da doença, Danielssen procedeu a inoculações, com materiais extraídos de doentes de lepra, em si e noutros indivíduos, propondo-se testar a hipótese do contágio. Dado o fracasso destas experiências, e uma vez que a doença se verificava em aglomerados familiares, concluiu pela hereditariedade como mecanismo de transmissão (Gould, 2005). Todavia, Danielssen e Boeck não descartavam a possibilidade da contribuição da insalubridade e da precariedade das condições de vida para a irradiação da doença (Benchimol e Sá, 2003).

No impulso dado pelo estudo de Danielssen e Boeck, a Noruega decretou uma “cruzada contra a lepra”, alicerçada na epidemiologia, na investigação patológica e na clínica. Em 1856, foi criado, por decreto real, o Registo Nacional da Lepra, dianteiro na Europa na especialização numa só doença. Estabeleceram-se, também, conselhos locais de saúde nos distritos mais endémicos. Danielssen foi pioneiro, ainda, na criação de hospitais especializados em lepra, onde era conduzida investigação científica sobre a doença (Gould,

---

<sup>24</sup> Sobre a relação entre a centralização do Estado Moderno e a cartografia do território e da população como dispositivo de controle ver Scott (1998).



2005). Em 1874, o cirurgião e Major britânico Henry Vandyke Carter, em viagem à Noruega, descreveu estes hospitais, destacando a separação entre sexos, a calendarização rígida dos egressos e das visitas, a ocupação dos doentes em tarefas rentáveis e a qualidade da alimentação fornecida, substancialmente superior à que a maioria da população tinha acesso (ver Gould, 2005: 42). Note-se que nesta descrição se encontram os elementos embrionários que, mais tarde, viriam a configurar o modelo da leprosaria moderna. A experiência norueguesa tornou-se, progressivamente, num exemplo a seguir para os restantes países europeus. Muito embora o relatório de 1847 postulasse a hereditariedade como causa da lepra, a este seguiram-se medidas de vigilância, registro e isolamento voluntário dos doentes, que resultaram na redução dos casos da doença (Edmond, 2006).

No início do século XIX, crescia, também, em Portugal, a apreensão por parte da classe médica, face à lepra. Bernardino Gomes incitou, em 1820, a realização de um inquérito nacional sobre a prevalência da lepra, conduzido pelas autoridades policiais, no qual foram apurados cerca de 1 500 casos de lepra (ver Carvalho, 1932: 174). O clínico português era uma das vozes defensoras da teoria da hereditariedade, muito embora apelasse à implementação de medidas segregacionistas para a contenção da doença (Carvalho, 1932: 176):

“[Bernardino Gomes] Era de opinião que se devia proibir o casamento aos leprosos, consentindo-se quando muito a sua união com pessoas atacadas do mesmo mal. Propunha que se restabelessem as gafarias com internato obrigatório para os enfermos pobres e se fizesse o possível para atrair os outros.”

O facto de alguns defensores da teoria da hereditariedade afirmarem, ainda assim, a necessidade de instauração de medidas segregacionistas para a contenção da lepra, é um dado extremamente relevante para a compreensão do percurso moderno desta doença.

A teoria da hereditariedade veio a ser contestada e refutada pelo genro de Danielssen, Gerhard Henrik Armaeur Hansen, que se tornou no grande protagonista da história moderna da lepra. Em 1868, foi nomeado médico num dos recém criados hospitais para lepra, em Bergen. Em 1873, Hansen identificou o agente etiológico da lepra, o *Mycobacterium leprae*. Fê-lo quase uma década antes da descoberta do bacilo da tuberculose por Robert Koch.

A descoberta do bacilo introduziu uma ruptura na história da lepra, refutando a teoria da hereditariedade da doença mas, muito especialmente, por conferir materialidade à sua causa, que fora historicamente descrita em assombros de culpa, pecado e punição. Ao invés, como

resultado da acção de um microrganismo, identificado pela extensão do olhar biomédico através do microscópio, a origem da lepra foi transferida do universo da moral para o mundo da biologia e da fisiologia. A descoberta de Hansen significou, assim, o arranque decisivo do processo de medicalização da lepra.

Sob a influência de Hansen, foi estruturado, na Noruega, um modelo de combate à lepra que consistia, fundamentalmente, no isolamento obrigatório dos doentes, justificado pela recém validada teoria do contágio. A segregação conquistou um cunho oficial em dois Actos aprovados pelo Parlamento norueguês (ver Gould, 2005: 50). Não será por acaso que o internamento compulsivo foi inicialmente determinado apenas para os doentes mais pobres, e somente estendido a todos os doentes de lepra no segundo Acto. No decurso destas medidas, o número de casos de lepra declinou substancialmente na segunda metade do século XIX.

Porém, a conspexção do *Mycobacterium leprae* não aditou conhecimento acerca da entrada do bacilo no organismo humano, nem sobre o seu modo de acção no interior do mesmo. O bacilo da lepra mostrava ser tão caprichoso quanto a doença que suscitava, resistindo ao cultivo *in vivo* e *in vitro* e recusando a transmissão por inoculação (Benchimol e Sá, 2003; Edmond, 2006).

Ainda assim, a crescente apreensão pública europeia face à lepra, impelia a olhar para a experiência norueguesa em busca de orientações. Se, até meados do século XIX, a lepra era considerada uma doença congénita dos territórios colonizados, a mobilidade populacional trazida pela expansão imperial acendia temores de contaminação.<sup>25</sup> Com efeito, nos finais do século XIX a lepra era considerada um “perigo imperial” decorrente da mobilidade populacional, como patenteia o título da obra de Henry Press Wright, *Leprosy: An Imperial Danger*, onde afirma (*apud* Gould, 2005: 109):

“Creio que a lepra é de longe a mais penosa enfermidade que jamais afligiu o homem, e que, nestes dias de viagem generalizada e de fácil intercomunicação entre nações, existe a possibilidade, não, uma grande probabilidade (a menos que o cuidado devido seja tomado) de voltar a assaltar a Europa e as Ilhas Britânicas.”

A morte do Padre Damião, de origem belga, em 1889, após ter contraído lepra na colónia de Molokai, no Havai, foi determinante para a reaparição dos fantasmas da lepra e do “leproso” medieval no imaginário ocidental (Buckingham, 2002; Edmond, 2006; Gould, 2005; Pandya, 2003). Missionário europeu, o Padre Damião, no curso da sua dedicação aos

---

<sup>25</sup> Sobre uma “psicopatologia do imperialismo” ver Barrel (1991).

doentes de lepra, viera a tornar-se num deles, diluindo as fronteiras entre o corpo do colonizador e o corpo do colonizado. Porventura, este facto terá sido mais preponderante para a generalização do temor, do que a descoberta do bacilo por Hansen. Terá sido menos a validação científica da transmissibilidade da lepra, e mais a constatação da susceptibilidade do corpo ocidental à mesma, que suscitou a propagação do alarme.

Em Inglaterra, casos de lepra contraídos na Índia colonial britânica eram diagnosticados em Londres e relatados na imprensa, gerando uma profunda celeuma na opinião pública (Edmond, 2006; Gould, 2005; Pandya, 2003). A doença do Outro ameaçava agora tornar-se na doença do Mesmo. O trânsito de pessoas e bens vinha destabilizar a separação entre o mundo “civilizado” das metrópoles e os perigos alteados nas colónias (Pandya, 2003: 162):

“A paranóia era ainda mais irónica, porque apenas umas décadas antes, a lepra endémica era considerada ser uma evidência de atraso civilizacional – implicitamente, esta era uma categoria que não se aplicava ao Ocidente.”

Em 1906, no Congresso Internacional de Medicina que se realizou em Lisboa, e que contou com a presença de Hansen, o discurso de Arruda Furtado invocava (Carvalho, 1932: 197):

“... o desenvolvimento progressivo da endemia leprosa em Portugal e a existência de intensos focos da doença nas nossas colónias e afirmando a sua contagiosidade, chamou a atenção não só para o perigo das sucessivas invasões do continente pelas nossas relações com as colónias portuguesas, mas também pela volta dos imigrantes do Havai, do Brasil e da imigração proveniente das províncias da Galiza, Andaluzia e Valência, onde existem também focos da doença.”

A força desta ideia emerge distintamente, na enunciação do mesmo argumento já em finais da década de 1950 (Ribeiro, 1958: 1):

“Portugal, em virtude da sua missão de descobrir novos mundos, novos continentes (...) teve que suportar uma nova invasão da endemia, depois de tê-la suprimido do seu mapa nosológico, invasão motivada pelo ir e vir de emigrantes e imigrantes...”

No contexto norte-americano, o médico Albert Ashmead, propôs, em 1883, a instauração de um cordão sanitário que impedisse a entrada de doentes de lepra, oriundos do Japão, China, Havai e Noruega (ver Pandya, 2003: 165).

Segundo Gussow e Tracy (1971), a presença de lepra nos territórios dos Estados Unidos da América, na segunda metade do século XIX, era atribuída à imigração de populações provenientes da China e da Índia. Exemplo disso foi a edificação, em 1821, no Canadá, de uma leprosaria na ilha D'Arcy para confinar, maioritariamente, imigrantes de origem chinesa enfermos de lepra. Na região, a lepra figurava, nos discursos médicos como uma “doença chinesa” (Mawani, 2003: 3).

Gussow e Tracy (1971) relacionam o alarme público em torno da propagação da lepra com as teorias evolucionistas e racialistas que vigoravam na época, defendendo que a crença na superioridade racial dos europeus e descendentes americanos se estendia à classificação das enfermidades, desembocando na categorização de doenças primitivas atribuídas a um Outro inferior. Tal seria o caso da lepra, gerando o que Gussow (*apud* Edmond, 2006: 6) denominou de “leprofobia”.

Curiosamente, o sugestivo termo “leprofobia” fora já empregue, em finais do século XIX, por Adolpho Lutz, clínico brasileiro anti-segregacionista, em contestação do modelo de confinamento da leprosaria de Molokai no Havai, onde exerceu medicina e desenvolveu investigação (Benchimol e Sá, 2003: 59).

Em suma, em finais do século XIX, a inscrição da lepra nos territórios colonizados, ameaçava alastrar-se às sociedades metropolitanas, onde era reinscrita nas franjas mais pobres da população.

Já em Portugal, a possibilidade de uma epidemia de lepra era atribuída, não somente ao tráfego colonial, mas igualmente à persistência endémica da doença desde a Idade Média (Falcão, 1900: 7):

“É possível que uma nova invasão ameace a Europa, e esta possibilidade transforma-se em probabilidade se atendermos que as relações cada vez mais estreitas e mais rápidas com as colónias (regiões infectadas) criam condições idênticas às das Cruzadas, por isso que, se a deslocação de gente se não faz em grandes massas, faz-se todos os dias. Portugal, pela posse de extensas colónias e pelo frequente contacto com a América do Sul, oferece condições as mais favoráveis para o alastramento d'essa terrível enfermidade, agravadas ainda pela circunstância de se ter mantido desde a Idade Média foco permanente de lepra.”

A cercania da doença compelia uma maior atenção por parte das elites médicas e políticas da época (Pandya, 2003: 162):

“Como alguns historiadores têm apontado, a “redescoberta” da lepra pelo Ocidente em finais do século dezanove era produto do vigor do projecto imperial e da presença alarmante da doença nos territórios conquistados na Ásia, África e outros locais. Sustentadas pelas dimensões globais do imperialismo, e como consequência nos avanços na bacteriologia, eram de prever tentativas no sentido de internacionalizar a questão da lepra.”

Indubitavelmente, o temor atávico que a lepra suscitava, inflamado pelos fantasmas bíblicos e medievais europeus, suportou o crescente apoio público à instauração de medidas de contenção da lepra. Disto resultou, em 1897, a realização da Primeira Conferência Internacional sobre Lepra, em Berlim, que consagrou a teoria do contágio e a proficiência do “modelo norueguês” no combate à lepra, ainda que com vozes discordantes (Benchimol e Sá, 2003; Edmond, 2006; Monteiro, 2003; Pandya, 2003). Presidido por Rudolf Virchow, considerado o “pai da patologia moderna” e partidário da medicina social, reuniu cerca de 180 leprólogos, dermatologistas, cientistas e 30 delegados de vários países (Pandya, 2003). Entre estes, constou o médico português Zeferino Falcão, que veio a ser nomeado para integrar a comissão internacional para o estudo e profilaxia da lepra (Carvalho, 1932).

Na preparação da conferência estiveram em disputa dois modelos, um que endereçava à classe política o protagonismo no combate à lepra e outro que o atribuía à classe médica. Paradoxalmente, foi mais devido a contingências políticas do que a critérios científicos, que o segundo modelo saiu vencedor (ver Pandya, 2003: 168-170).

Hansen foi a figura central da conferência. O seu discurso centrou-se na apologia do “modelo norueguês” e na defesa da sua adopção universal para a erradicação da lepra (Pandya, 2003: 172):

“Hansen afirmou ter orgulho em declarar que, em resultado dos esforços empreendidos, a Noruega tinha mais leprosos a viver em instituições do que fora delas, e arrisava-se a prever que no início do novo século [vinte], a lepra teria «desaparecido completamente» da Noruega. Se as medidas que tinham resultado e que continuavam a resultar bem na Noruega fossem instauradas como prática universal, a doença seria rapidamente erradicada, concluiu Hansen sob aplausos.”

Hansen propôs ao congresso um conjunto de resoluções no sentido de postular a prevenção da lepra através do registro, controle e isolamento compulsivo dos doentes, como medidas profiláticas urgentes a serem tomadas pelos governos dos países ocidentais, adaptadas, não obstante, pelas autoridades sanitárias de cada país, às idiossincrasias das suas condições sociais (Pandya, 2003).

A maioria dos participantes concluiu que, apesar do fracasso em cultivar o bacilo *in vitro* e *in vivo*, existiam evidências suficientes para considerar o *Mycobacterium leprae* o agente etiológico da lepra. Neste sentido, o congresso validou a soberania do contágio sobre a hereditariedade na transmissão da lepra (Benchimol e Sá, 2003; Pandya, 2003). Contudo, a unanimidade foi alcançada, apenas, em 1923, na Terceira Conferência Internacional sobre Lepra, em Estrasburgo (ver Monteiro, 2003: 96). Não obstante, e como refere Pandya (2003: 175):

“... a primeira Conferência deu o tom: o lobby médico, não as autoridades oficiais, dominavam as deliberações. Daí em diante o lugar dianteiro no combate à lepra caberia à classe médica.”

No que respeita à política do isolamento compulsivo, esta foi delineada, em 1909, na Segunda Conferência Internacional sobre a Lepra, em Bergen. Incluía o isolamento dos doentes, a separação dos seus filhos, o exame médico dos indivíduos próximos à pessoa infectada e o encorajamento do estudo e da pesquisa (Monteiro, 2003). Sem qualquer tipo de tratamento, a única resposta para a contenção da doença era a profilaxia, e o modelo profilático eleito foi a segregação dos doentes. Nascia, assim, a leprosaria moderna como profilaxia para a lepra (Benchimol e Sá, 2003: 51):

“A «construção» da lepra como uma doença microbiana incitou um movimento global para a criação de leprosarias onde os enfermos fossem segregados. Devido aos problemas em obter uma vacina, a doença era considerada crónica e incurável, reforçando a crença de que os portadores do microrganismo deveriam ser, inevitavelmente, segregados.”

Assim mesmo o afirma Manuel Santos Silva (1962: 16), o primeiro director clínico do Hospital-Colónia Rovisco Pais:

“Com efeito, logo na primeira Conferência Internacional sobre lepra (...) foi aprovada uma proposta de Hansen no sentido de o sequestro dos doentes ser adoptado em todos os países onde

a lepra constituísse problema. E aceitou-se esta moção à falta de outra alternativa e exclusivamente para evitar a difusão da doença, que não para restaurar a saúde das suas vítimas, porquanto foi aceite naquela conferência a desoladora conclusão de que o mal era incurável.”

A partir de finais do século XIX e inícios do século XX, foram edificadas leprosarias em diversos lugares no mundo.<sup>26</sup> A título de exemplo, vale a pena referir Carville (nos Estados Unidos da América), Santo Ângelo (no Brasil), ou a leprosaria de Fontilles (em Espanha), todos espaços de referência para o Hospital-Colónia Rovisco Pais. Algumas leprosarias, como é o caso de Carville, celebrizaram-se e vieram a servir de modelo para outras.

A difusão do modelo segregacionista resultou da adopção paradigmática da etiologia microbiana e da ideia da transmissão directa por via do contágio, defendidas por Hansen. A leprologia consolidou-se, então, no que Kuhn (2005: 29) designou por “ciência normal”, ou seja, um empreendimento cumulativo com assento num paradigma (Kuhn, 2005: 29):

“... significa a pesquisa firmemente baseada em uma ou mais realizações científicas passadas. Essas realizações são reconhecidas durante algum tempo por alguma comunidade científica específica como proporcionando os fundamentos para sua prática posterior”.

Como o autor explica, este processo tende a suprimir as divergências do período pré-paradigmático e a marginalizar teorias adversárias. O período pré-paradigmático da leprologia moderna reunia modelos explicativos diversos. À época da conferência de Berlim, erguiam-se, ainda, vozes, fazendo a sua defesa.

Veja-se o caso de Adolpho Lutz que, primeiro no Instituto Bacteriológico de São Paulo (1893-1908) e mais tarde no Instituto Oswaldo Cruz (1908-1940), no Brasil, realizou pesquisa sobre a transmissão da lepra por mosquitos, opondo-se à segregação como estratégia profilática. Muito embora não tenha obtido resultados que comprovassem a transmissão por vectores, defendeu sempre esta teoria. O que conduziu a que a Comissão para a Profilaxia da Lepra (1915-1919), no Brasil, embora adoptando a teoria do contágio e medidas segregacionistas para a contenção da doença, tenha concedido a presença de entomologistas nas leprosarias de maior escala e a instalação de dispositivos arquitectónicos contra a

---

<sup>26</sup> Alguns autores chamam a atenção para a existência, em simultâneo, de dois modelos paradigmáticos. Um que teria inspiração no “modelo norueguês”, implementado nas sociedades metropolitanas pela classe médica, e outro, mais autoritário, instaurado nas colónias, levado a cabo por administradores metropolitanos. Obregón (*apud* Benchimol e Sá, 2003: 50) denomina o primeiro de “democrático” e o segundo de “colonialista”.

transmissão da lepra por mosquitos, daí que se encontrem redes mosquiteiras em algumas leprosarias brasileiras (Benchimol e Sá, 2003).

Outro exemplo é o do britânico Gavin Milroy, clínico e epidemiologista, especialista em lepra. Defensor do higienismo, opunha-se às teorias contagionistas retomadas pela emergente teoria microbiana. Na década de 1870, atribuía a crença no contágio à superstição, considerava a lepra uma doença congénita dos trópicos e defendia a melhoria na dieta e condições de vida das populações nativas para o combate à doença (Edmond, 2006). Esta era, aliás, a posição generalizada entre os sanitaristas na Inglaterra (Gould, 2005). Com efeito, os cientistas britânicos revelavam alguma ambivalência quanto ao modo de transmissão da lepra, como atestam as conclusões da Comissão para a Lepra na Índia colonial britânica que, em 1890, defendia o uso da repressão policial para a retirada do espaço público dos doentes de lepra mais pobres e com menor estatuto social, sem, contudo, defender medidas de segregação em espaços especificamente designados para esse fim. Porventura, esta posição prender-se-ia com questões de ordem económica (Gould, 2005), mas também com as restrições impostas pelas elites indianas à autoridade colonial (Buckingham, 2002). Significativamente, não esteve presente qualquer representante da Índia colonial britânica na conferência de Berlim, muito embora aquele fosse um dos países mais endémicos. A voz das autoridades coloniais fez-se ouvir através de Phineas Abraham, dermatologista londrino, especializado em lepra, que embora admitisse o contágio, duvidava da conveniência da segregação (Pandya, 2003).

Ainda entre os defensores da teoria da hereditariedade presentes na conferência de Berlim, destaca-se o nome de Rudolf Virchow (Benchimol e Sá, 2003).

No Congresso Nacional de Medicina, que decorreu em Lisboa, em 1898, Zeferino Falcão, embora acolhendo a teoria do contágio, insistia na defesa da teoria da hereditariedade, advogando a necessidade de fazer o recenseamento dos doentes, estabelecer colónias agrícolas para os concentrar e colocar obstáculos ao seu matrimónio (Carvalho, 1932).

Note-se que algumas destas teorias vêm sendo reconsideradas. É o caso da transmissão por vectores (Echevarría, 2007; Yawalkar, 2002), do papel determinante do sistema imunológico (Echevarría, 2007; Stanford e Standford, 2002) ou de abordagens ecossociais à saúde pública (Echevarría, 2007; Porto, Pivetta, Soares, Moreira e Freitas, 2004).

Tendo em conta o défice de sustentabilidade científica da teoria do contágio,<sup>27</sup> em finais do século XIX e inícios do século XX, importa perceber como é que esta teoria veio a tornar-

---

<sup>27</sup> Falhava, por exemplo, em cumprir os postulados de Koch, que pressupõem o cultivo *in vitro* e *in vivo* de um microrganismo, de modo a que poder estabelecer uma associação inequívoca entre o último e uma enfermidade particular. Sobre os postulados de Koch ver Grimes (2006).



se, não apenas no paradigma da leprologia moderna, mas também no modelo hegemónico de combate à doença.

Muito embora a historiografia da lepra aprecie a descoberta do *Mycobacterium leprae* por Hansen, em 1873, como o momento inaugural de uma ruptura paradigmática na história da lepra, carece uma análise mais fina acerca do processo de medicalização da lepra, de modo a responder à anterior interrogação, mas também em ordem a compreender como é que a classificação biomédica da lepra, rejeitando explicações de teor metafísico e descrevendo, antes, uma condição confinada à biologia do organismo humano, reiterou, não obstante, a marginalização dos doentes de lepra, cujas identidades permaneceram desenhadas pelo estigma.

### **3.4. De uma impureza moral a uma impureza patogénica**

Para isso, auxílio-me da análise de Ludwik Fleck (1979) acerca da sifilologia e da sua ligação com a reacção de Wasserman como método privilegiado de diagnóstico da sífilis. Fleck, médico, imunologista e bacteriologista é considerado pioneiro nos estudos sociais de ciência e medicina (Nunes, 2006).

Fleck (1979) situa a origem histórica da sifilologia moderna em finais do século XV. A sífilis era, então, confundida com outras doenças, como a lepra, o cancro e a gonorreia. Na época, coexistiam duas molduras interpretativas para esta doença, nomeadamente a astrologia que lhe atribuía uma origem sexual e a religião que a considerava uma punição divina da sexualidade pecaminosa. Ambas as explicações reforçavam a ideia de uma doença venérea. Na mesma altura, o sucesso terapêutico do uso do mercúrio pela prática farmacêutica, permitiu circunscrever um conjunto de sintomas associados à sífilis. Embora de fontes diversas e epistemologicamente contraditórias, a interacção entre estas noções constituiu o substrato no qual o conceito de sífilis veio a encontrar definição.

Fleck (1979) identifica, de igual modo, uma paisagem ideológica subjacente ao teste de Wasserman. Na época, a explicação para a maioria das doenças apelava ao sangue como causa. Tome-se o caso da lepra, que a ciência médica medieval julgava poder ser contraída através do contacto sexual com mulheres enfermas de lepra, durante o período menstrual (ver Fernández, 2004: 71). Segundo Fleck (1979), o facto da sífilis apresentar uma sintomatologia

muito diversa e de difícil delimitação, conduziu a que, ao contrário das restantes enfermidades, permanecesse indissociável da metáfora do “sangue sujo” (Fleck, 1979: 12), facto que terá suscitado uma longa linha de experimentação dedicada ao sangue e que desembocou no desenvolvimento e emprego da reacção de Wasserman.

Chamando a atenção para a ancoragem contextual e para o carácter histórico de uma nosologia de raiz científica, Fleck (1979: 23) contesta a ideia de uma espontaneidade na gestação dos conceitos científicos sugerindo, antes, a continuidade na produção de conhecimento:

“Descrevemos uma ideia vaga das mudanças sifilíticas no sangue, e mostrámos que esta ideia tinha existência, séculos antes de se dispor da prova científica. Emergindo de uma mistura caótica de ideias, desenvolveu-se durante várias épocas, tornando-se cada vez mais substancial e precisa. A evidência foi aduzida de diversos pontos de vista, e um dogma relativo ao sangue sifilítico consolidou-se gradualmente (...) Visto desta perspectiva, a reacção de Wasserman, com relação à sífilis, constitui a expressão moderna e científica de uma pré-ideia anterior, que contribuiu para o conceito de sífilis.”

Kuhn (2005: 81-82) problematiza, também, a ideia da descoberta científica e da atribuição individualista à produção de conhecimento:

“... qualquer tentativa de datar a descoberta será inevitavelmente arbitrária, pois a descoberta de um novo tipo de fenómeno é necessariamente um acontecimento complexo, que envolve o reconhecimento tanto da *existência de algo*, como de sua *natureza* (...) Somente quando todas essas categorias conceituais relevantes estão preparadas de antemão (...) pode-se descobrir ao mesmo tempo rápida e facilmente, a *existência* e a *natureza* do que ocorre.”

Todavia, a sua análise acerca da continuidade na produção de conhecimento circunscreve-se ao universo da ciência, deixando de fora contribuições de outros saberes.

Ao contrário, a reflexão de Fleck (1979) amplia o enraizamento contextual dos conteúdos epistémicos da ciência, demonstrando como a produção do conhecimento científico se desenvolve numa articulação com outros saberes. Creio que a sua análise é particularmente útil para a tentativa de compreensão da medicalização da lepra, nomeadamente colhendo a sugestão da existência de uma porosidade epistemológica entre a ciência e outros saberes. Significando com isso, conferir à ciência o mesmo peso de historicidade do qual a mesma se procura desagrilhoar.

Nisto, sigo Conrad (ver 1992: 212), quando afirma que o interesse analítico pela medicalização de uma dada condição recai na etiologia da definição dessa condição e não na etiologia da condição em si. No mesmo sentido, a investigação em torno dos modos de formulação e de sustentação de um saber, não equivale à apreciação sociológica dos seus resultados (ver Conrad: 1992: 212). Neste caso, importa compreender como é que uma disciplina débil, do ponto de vista da sua corroboração empírica, se constituiu, num período de tempo manifestamente curto, num modelo paradigmático extremamente robusto, adoptado em contextos diversos e por diferentes actores sociais, desde a classe médica às elites políticas dirigentes. Tanto mais que, do ponto de vista terapêutico, os alvares da leprologia moderna nada tinham a oferecer aos doentes de lepra. Apenas bastante mais tarde, na década de 1940, a promessa soteriológica da biomedicina se começou a cumprir. É preciso reconhecer, contudo, que foi o espaço da leprosaria moderna que facultou as condições de pesquisa necessárias ao desenvolvimento do primeiro tratamento para a lepra, em Carville, na década de 1940.

A carência de solidez científica na leprologia, em finais do século XIX e inícios do século XX, terá sido, deste modo, suprida pelo contexto histórico coevo, que escorou a nosologia da lepra como uma doença infecciosa, de transmissão por contágio directo, e incurável, para a qual a única profilaxia possível seria a separação entre doentes e sãos.

Indubitavelmente, o temor atávico que a lepra suscitava na época, perante o sucesso do “modelo norueguês”, suportou o crescente apoio público nas sociedades europeias à instauração de medidas segregacionistas. Esse temor, como referi atrás, ascendia da combinação entre os fantasmas bíblicos e medievais e o assombro do encontro imperial, que desenhava a lepra como uma doença de atraso civilizacional, a mais “repugnante” de todas. Porém, além das conotações pejorativas inscritas na lepra, a profunda transformação epistemológica e política, que metamorfoseava as sociedades europeias de então, contribuía no mesmo sentido.

Julgo ser possível identificar três factores preponderantes no processo de medicalização da lepra e de difusão da leprosaria moderna, nomeadamente a centralização estatal higienista, a ideologia colonialista e a persistência indelével do substrato metafórico bíblico e medieval na imaginação pública da lepra, que passo a explicitar.

No processo de consolidação da ideologia nacionalista e de centralização do Estado moderno, o século XIX europeu assistiu à implementação de uma intervenção estatal na habitação e no corpo dos sujeitos, que elegia a higienização da população como mecanismo de regulação política, conferindo à biomedicina um papel primordial na prevenção da saúde

pública. Latour (1984) identifica na génese do higienismo moderno o conflito entre a saúde e a prosperidade nacionais.

Desde finais do século XVIII que a riqueza da nação vinha sendo atribuída à associação entre o território e a população.<sup>28</sup> A densidade populacional tornou-se determinante para o desenvolvimento económico, suscitando uma vigilância médica sobre a saúde pública (Vigarello, 1985). Desenvolveu-se, então, uma ideologia higienista, construída em torno da noção de “salubridade” (ver Foucault, 1998: 93), que preconizava a regeneração física e moral das nações, por via de uma intervenção generalizada a todas as esferas da vida social, desde a habitação, qualidade da água e do ar, infra-estruturas de saneamento público, até à sexualidade e à educação (Adam e Herzlich, 2003; Latour, 1984). O conceito de higiene deixou de ser um mero adjectivo qualificativo para a saúde, tornando-se num conjunto de dispositivos que visavam a sua conservação. Neste contexto, a autoridade da profissão médica saiu politicamente reforçada. Não só lhe cabia o ordenamento higienista do espaço público, como também a pedagogia dos comportamentos colectivos (Vigarello, 1985).

A progressiva tradução da linguagem bacteriológica para âmbitos de intervenção pública, a par da demonstração da eficácia dos mecanismos de desinfecção, conduziu à aliança entre higienistas, que a princípio haviam rejeitado a bacteriologia, e os defensores da última, consolidando a teoria microbiana como explicação paradigmática para as causas da “doença” na medicina moderna e afinando um projecto de intervenção social (Latour, 1984: 41).

“Os pasteurianos não fornecem nem a alavanca, nem a carga, nem o operário que faz o trabalho, mas oferecem um ponto de apoio aos higienistas (...) eles tornam o inimigo visível (...) Os pasteurianos vão deslocar (ou traduzir) a vontade dos higienistas moldando-se aos seus projectos, mas acrescentando-lhes um elemento que vai tornar os higienistas *mais* fortes.”

A teoria microbiana permitiu identificar materialmente o risco, mas apenas um olhar especializado poderia fazer a perseguição desses monstros invisíveis, reforçando a autoridade do saber biomédico e consolidando o renovado estatuto da profissão. Os higienistas foram integrados nos quadros governamentais e a legislação passou a incluir medidas que visavam a cura do corpo social (ver Pereira, 1999: 47-48). Emergiu, então, uma ética da pureza, associando a higiene à virtude (Vigarello, 1985: 151):

---

<sup>28</sup> Em 1892, o geógrafo Henrique Carvalho (1892: 9) afirmava: “Portugal morre por falta de habitantes!”

“...a higiene do pobre seria o garante da sua moralidade, e também de uma «ordem» (...) o que se pretende é transformar os costumes dos mais desfavorecidos. Expulsar os seus supostos «vícios», latentes ou visíveis, modificando as suas práticas corporais. Cria-se uma verdadeira pastoral da miséria, onde a higiene quase assume a força de um exorcismo.”

Em torno, como explica Douglas (1991b), o conceito moderno de impureza veio a ficar inextrincável dos germes e da noção congénere de patogenia.

Foi neste contexto que se desenvolveu a medicina social, cujo objecto era, simultaneamente, o indivíduo e a população, vigiando e racionalizando o espaço social através da produção contínua de conhecimento sobre os indivíduos (Foucault, 1998: 95-96):

“Um cordão sanitário autoritário é estendido no interior das cidades entre ricos e pobres: os pobres encontrando a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grande despesa e os ricos garantindo não serem vítimas de fenómenos epidémicos originários da classe pobre (...) Trata-se dos sistemas de *health service*, de *health officers* que começaram na Inglaterra em 1875 (...) Tinham por função: 1º) Controle da vacinação, obrigando os diferentes elementos da população a se vacinarem. 2º) Organização do registo das epidemias e doenças capazes de se tornarem epidémicas, obrigando as pessoas à declaração de doenças perigosas. 3º) Localização dos lugares insalubres e eventual destruição desses focos de insalubridade.”

Nascia, assim, o Estado Providência e, com este, o enlace entre assistência e controlo social. O corpo individual e o corpo social foram constituídos em objecto de conhecimento científico e de intervenção biomédica, ordenando-se o segundo por meio de um exame minucioso que fixava e normalizava o primeiro. Foucault (ver 1977a: 138) cunhou como disciplinar este modo de exercício de poder, cogitado para o aumento da força produtiva dos corpos, em concomitância com a redução da sua força política. A ideologia higienista moderna estaria, portanto, na base de um projecto biopolítico de domesticação do corpo social.

Na edificação de infra-estruturas sanitárias, destaca-se o hospital moderno que, deixando de ser um refúgio asilar para os mais pobres, se tornou no lugar privilegiado para a investigação e ensino médicos (Adam e Herzlich, 2003; Foucault, 1977a). O hospital transformou-se, então, num espaço organizado segundo a racionalidade científica (Brandt e Sloane, 1999), numa grande “máquina de curar” (Providência, 2000: 14).

Em concomitância, difundiu-se um modelo de instituições fechadas que combinava a exclusão com a disciplina, para as quais o “leproso” e a cidade do século XVII tomada pela

peste, servem, respectivamente, como metáforas, na análise de Foucault (1977a). Significando isso que, a segregação do espaço público de indivíduos percebidos como ameaça à ordem social, (entre os quais os enfermos de doenças infecto-contagiosas, os loucos ou os criminosos) se imbricou com a sua reabilitação física e moral no interior das mesmas, por via da aplicação do conhecimento científico (Foucault, 1977a). Foucault (1977a: 198) inscreve este modelo numa visão panóptica sobre os corpos, e identifica-o com a “utopia da cidade perfeitamente governada”. Para o mesmo autor, o lugar da exclusão, habitado pelos doentes de lepra, emergiu como um terreno para a aplicação do saber científico, arvorando a possibilidade de uma regeneração daqueles, não diluindo, contudo, a marca ou o estigma, mas, ao contrário, reiterando-os, sob um discurso renovado (Foucault, 1977a: 199):

“Por um lado, os leprosos são tratados como vítimas da peste; as táticas das disciplinas que individualizam são impostas nos excluídos; e, por outro lado, a universalidade dos controles disciplinares tornam possível marcar o “leproso” e accionar contra ele os mecanismos dualistas da exclusão.”

Com efeito, as leprosarias, historicamente vocacionadas para a segregação dos doentes de lepra, assumiram-se, então, como laboratórios de investigação científica e como máquinas de curar. A introdução do saber biomédico (que, na ausência de um tratamento eficaz, era constituído, sobretudo, pela prestação de cuidados), da investigação científica e de uma administração formal no espaço de segregação para doentes de lepra, são alguns dos elementos que permitem diferenciar as leprosarias modernas das leprosarias medievais.

Contudo, a referência de Foucault (1961) ao “leproso” é de ordem metafórica. Para Foucault (1961) a lepra teria desaparecido por completo na Europa, no final da Idade Média, muito embora as estratégias de segregação dirigidas ao “leproso”, enquanto habitante simbólico do espaço da exclusão, tivessem subsistido. Seriam, contudo, mendigos, loucos e outros grupos marginalizados a constituir a sua população real. Não deixa de ser sugestivo que a análise de Foucault (1961 e 1977a), em torno da mesma época que viu reerguer o espaço da leprosaria na Europa, converta os doentes de lepra numa mera categoria classificatória.

Ainda assim, considerar, na esteira de Foucault (1977a), o movimento de higienização e disciplinarização que galopava nas sociedades europeias do século XIX, através do qual o Estado conduzia uma cartografia das populações, permite entender a emergência da lepra entre as camadas mais pobres da população nesse mesmo período, tendo, até então,

permanecido invisível. Permite, também, identificar os mecanismos accionados para a institucionalização dos doentes de lepra, bem como alguns dos aspectos constituintes do modelo em causa, nomeadamente o pendor disciplinar conferido pela jurisdição biomédica.

Contudo, convém ter em conta que a intervenção clínica da biomedicina sobre o corpo do indivíduo enfermo de lepra se alicerçava na acção repressiva do Estado sobre o corpo colectivo, numa articulação entre poder disciplinar e poder jurídico. Foucault (1977a) descreveu a actuação destes modos de exercício do poder segundo lógicas díspares, o primeiro tomando como objecto o indivíduo, apreciando o detalhe que produz a diferenciação e viabiliza a hierarquização, e o segundo a população, regulando-a segundo um corpo de leis binárias que demandam a obliteração das particularidades. Ao contrário, o contágio e a ausência de tratamento terão suscitado a articulação entre ambos, por um lado motivando uma espécie de medicina autoritária e, por outro legitimando medidas de controlo e de ordenação política do espaço público, entre as quais o internamento compulsivo.

A separação foucauldiana entre o poder disciplinar e o poder jurídico foi objecto de uma crítica desenvolvida por Santos (2000: 49) que, ao contrário, identifica como uma das características matriciais da modernidade uma:

“...relação de cooperação e circulação de sentido entre a ciência e o direito, sob a égide da ciência...”

O autor aponta a prática biomédica como um dos campos em que essa colaboração é mais evidente (Santos, 2000: 51):

“Este isomorfismo e a conseqüente circulação de sentido dão lugar a processos sociais que funcionam como experiências simbólicas de fusão, configurações de sentido que combinam de modo complexo elementos da ciência e do direito. Uma dessas experiências simbólicas de fusão é o processo social pelo qual os médicos podem decidir sobre questões de vida ou de morte dos seus doentes.”

Vale a pena invocar o discurso de Hansen, em resposta àqueles que o acusavam de excesso de autoritarismo (*apud* Pandya, 2003: 166):

“A quem pertence o direito, ao indivíduo singular ou à comunidade? (...) Os enfermos têm obrigações (...) a mais importante sendo a de não contaminar os sãos.”

Uma análise de inspiração foucauldiana deixa, contudo, por explicar a sustentação ideológica de uma disciplina cientificamente frágil, como era o caso da leprologia na época. No mesmo sentido, a ascensão de uma sociedade disciplinar e a concomitante configuração do hospital moderno não explica por si só a segregação dos doentes de lepra e o modelo da leprosaria moderna. Com efeito, Foucault (1977a) oblitera parte do cenário político da época, ao elidir, na sua argumentação, o projecto colonial em curso (Edmond, 2006: 176):

“A descrição de Foucault sobre a emergência da modernidade, seja o corpo sexual do *self* burguês ou as estruturas institucionais através das quais formas distintamente modernas estavam sendo configuradas, nunca poderá ser mais do que metade da história, já que ignora o projecto colonial e o seu «efeito de retorno», ou seja o papel que o colonialismo desempenhou na ordenação das relações sociais no centro.”

É, pois, necessário ter em conta que a ideologia nacionalista reflecte, exemplarmente, uma “racionalidade metonímica” (Santos, 2000: 241-242):

“A razão metonímica é obcecada pela ideia da totalidade sob a forma da ordem. Não há compreensão nem acção que não seja referida a um todo e o todo tem primazia sobre cada uma das partes que o compõem. (...) Há, pois, uma homogeneidade entre o todo e as partes e estas não têm existência fora da relação com a totalidade (...) na verdade, o todo é uma das partes transformada em termo de referência para as demais.”

O ideário nacional é tecido ao mesmo tempo que se expele e suprime aquilo que não cabe no interior da sua totalidade ordenada. A identidade nacional é desenhada no traçar de fronteiras que celebram a homogeneidade e a coesão (Smith, 1991). Intenta a construção de uma sociedade regularizada, almejando, em simultâneo, um ideal de pureza, recorrendo à cisão com elementos heterogéneos, como estratégia simbólica e política crucial.

Para Gilroy (2000: 83) a modernidade e as ideologias nacionalistas que nela brotaram, têm assento num pensamento dicotómico, que fragmenta, distingue e exclui, dando origem a circunscrições essencialistas e hierarquizadas de grupos:

“As mentalidades de campo constituídas pelos apelos a «raça», nação, e diferença étnica, em credos de sangue, corpos e fantasias de identidades culturais absolutas, têm várias propriedades



adicionais. Funcionam através de apelos à importância da pureza nacional e étnica. A sua potência biopolítica imediatamente faz erguer questões de higiene e profilaxia...”

Uma ética de pureza física e moral, mas também racial, imbuía a ideologia higienista. Com efeito, o século XIX europeu produziu as teorias racialistas, o evolucionismo social e a craniometria, teorias que naturalizavam a violência da classificação hierárquica colonialista.<sup>29</sup>

Por conseguinte, para compreender a construção de sociedades ordenadas nas metrópoles imperialistas, é necessário ter em vista a representação da desordem que as mesmas fabricavam e inscreviam nos territórios colonizados. Dito de outro modo, a perseguição da pureza racial e civilizacional, empreendida pelos projectos políticos e científicos da época, era desenvolvida em dialéctica com a inscrição inversa da inferioridade racial, da desordem social e da carência de organização política (equiparada ao Estado) nas colónias. Ora, o pensamento dicotómico tende a naturalizar as relações de poder que o informam (Santos, 2000: 242):

“...[a dicotomia] combina, do modo mais elegante, a simetria com a hierarquia. A simetria entre as partes é sempre uma relação entre as partes que oculta uma relação vertical.”

Finalmente, a criação de espaços demarcados para a segregação e regeneração dos indivíduos que ameaçavam a ordem social, transparece o próprio projecto colonial.

Inequivocamente, a institucionalização dos sujeitos considerados marginais e a consequente exclusão dos mesmos do espaço público, não apenas empreendia um projecto de disciplinarização e de normalização do corpo colectivo, mas também de purificação da nação. Daí que autores como Gilroy (2000) ou Edmond (2006) abordem a ideia de separação, em vigor nas sociedades metropolitanas do século XIX, como congénere do projecto colonial, defendendo que a segregação daqueles que eram considerados exteriores à ordem social idealizada é geneticamente constitutiva da modernidade colonialista. Edmond (2006), ampliando o argumento de Gilroy (2000), relaciona o medo da contaminação, que imbuía as relações entre a Europa imperial e os territórios dominados, com as ideias de infecção e delimitação defensiva, elaborados pela teoria microbiana, afirmando que a sua articulação encorpava a ideia da separação como um procedimento natural e legítimo (Edmond, 2006: 200):

---

<sup>29</sup> Veja-se, em Portugal, o pensamento de Oliveira Martins (1987) ou de Mendes Correia (1940 e 1954).

“A bacteriologia realçava a importância dos hábitos e comportamentos individuais na propagação da infecção, conduzindo a que a medicina ambiental preventiva, cada vez mais, trouxesse o comportamento social e o ambiente social para a sua esfera de acção. Isto envolveu a identificação de grupos de risco, bem como a educação e policiamento da higiene doméstica. Mas mais importante que a emergência da bacteriologia, foi um modo de pensar que via a segregação como um meio essencial para proteger a nação e o império de diferentes tipos de ameaça, reais e imaginados, internos e externos, fisiológicos e ideológicos.”

O alarme que a lepra provocou nas sociedades metropolitanas do século XIX tinha forte relação com a dominação colonial, como se viu. Esse alarme conferiu à teoria do contágio grande parte da robustez política que carecia do ponto de vista científico. Por outro lado, a separação entre metrópoles e colónias fazia-se, não apenas no plano geográfico, mas também no plano simbólico e epistemológico, postulando a diferença intelectual insuperável entre colonizador e colonizado. Neste sentido, a segregação física e classificatória, fabricada pelo colonialismo, oferecia um modelo organizacional para a edificação de espaços que continham e exilavam do campo público aqueles que, nas metrópoles, eram representados como exteriores ao projecto da modernidade, ou que, pelo menos, instigavam uma intervenção regeneradora.

Há, ainda, um outro aspecto decorrente do projecto político do colonialismo, com particular importância para a ponderação do modelo da leprosaria moderna. Dada a incurabilidade da lepra na época, a leprosaria configurava, também, um espaço de exílio de tipo residencial. Nesse sentido, recuperou, em parte, o modelo da leprosaria medieval, que pressupunha a construção de uma vida comunitária. Contudo, como se verá adiante, o modelo moderno e medieval de comunidade para doentes de lepra, divergia na existência, no primeiro, de uma administração formal, encabeçada pelas autoridades médicas. Pensada, para além dos aspectos de cariz disciplinar já referidos, para constituir uma colónia de doentes de lepra, a leprosaria moderna embebe, simultaneamente, dos conceitos clássico e moderno de colónia.

O primeiro remete para a etimologia da palavra em latim, significando quinta ou herdade, e está intimamente ligado à ideia de exploração agrícola, num território dependente de um centro de poder fisicamente distante, mas cuja sombra domina o primeiro (ver *Grande Dicionário da Língua Portuguesa*, 2004: 357). No segundo, decorrente da configuração moderna colonialista, importa destacar, aqui, a situação de subordinação económica, política e

cultural da colónia face à metrópole, reflectida na inferioridade de estatuto da população da primeira relativamente à população da segunda, transformando os primeiros menos em cidadãos e mais em súbditos (ver *Enciclopédia Verbo Luso-Brasileira de Cultura*, 1998: 471). No século XIX, como refere Edmond (2006: 182), a ideia de colónia remetia para uma relação vertical que, ao mesmo tempo que separava, empreendia um projecto de reforço económico, político, mas também identitário, da metrópole:

“Emergiu no interior da palavra, uma tensão entre conexão – entre a colónia e o Estado parental, e separação – isolamento forçado para a boa saúde e ordem do Estado parental.”

Como se verá para o caso do Hospital-Colónia Rovisco Pais, a leprosaria moderna, além de constituir um espaço residencial segregacionista, preferencialmente auto-sustentado através do trabalho dos internados, era também um laboratório de regeneração dos mesmos, edificado sobre um modelo educativo que reflectia uma particular idealização política da ordenação social.

Esculpindo o cenário social e político da época, a centralização estatal higienista e a ideologia colonialista auferiram os mecanismos de intervenção e de regulação pública, necessários à edificação de um modelo de cartografia epidemiológica e de confinamento autoritário dos doentes de lepra.

Porém, carece, ainda, iluminar a descrição nosológica da lepra pela leprologia moderna, ou, dito doutro modo, os moldes de construção inaugural da lepra como objecto da biomedicina.

Como se viu, o conhecimento científico sobre a lepra reduzia-se à identificação do seu agente etiológico. No lugar das respostas a perguntas acerca da sua entrada no organismo humano, do período de incubação e do tratamento da doença, subsistia o silêncio do desconhecimento. Contudo, para a concertação de uma intervenção pública, foi necessário articular uma “linguagem de agência” (Scarry, 1985: 13). Tanto mais, dado o declive autoritário dessa mesma intervenção que, sendo motivada pelo medo do contágio, actuava constringendo a cidadania dos doentes de lepra exigindo, por conseguinte, uma legitimação discursiva vigorosa.

Para o entender é vantajoso seguir na pegada de Fleck (1979), olhando a construção do conhecimento científico como uma prática historicamente enraizada e buscando filamentos epistémicos mais latos, nela entremeados.

Inequivocamente, existia, para a lepra, um substrato metafórico histórico, fortemente cunhado na representação social desta doença. Refiro-me ao lastro bíblico e medieval, que facilmente se reconhece no vocabulário social produzido pela leprologia, em finais do século XIX. Esse legado simbólico reunia um leque de respostas às perguntas que restavam por responder, particularmente como era dada a transmissão e como se deveria controlar a doença. Apesar da ruptura epistemológica, declarada pela leprologia em relação à representação religiosa da lepra, creio que são detectáveis elementos da última na construção do modelo explicativo e interventivo da primeira.

Muito embora sem nenhuma comprovação empírica, a transmissão do bacilo era implicitamente considerada como resultante do contacto físico directo (note-se que a ideia da transmissão da lepra pelo toque veio sendo abandonada). A consolidação da teoria microbiana, ampliou a percepção do corpo humano à presença no mesmo de corpos corpusculares de acção nefasta, verdadeiros inimigos invisíveis (Vigarello, 1985). A pele tornou-se, progressivamente, num objecto de práticas sociais de asseio, pouco vulgarizadas anteriormente. Até então, a higiene individual era, sobretudo, associada à higiene da roupa. A valorização da lavagem do corpo, na luta contra a sujidade que nele se ocultava, dava-se a par com a imbricação crescente entre higiene e moralidade (ver Vigarello, 1985: 156). A derme constituía, para os germes, um nicho, mas também um meio de transporte entre corpos. Neste sentido, à ideia da impureza da pele associou-se a ideia da impureza do contacto (Vigarello, 1985: 161):

“É a pele que está em causa, mas é sobretudo a mão que é susceptível de transmitir. As zonas corporais tradicionalmente vigiadas pelos tratados de cortesia (mãos e rosto, boca e dentes) são bruscamente sobre-investidas pelos tratados de higiene do fim do século. A contagem do micróbio faz-se na ponta dos dedos, nas unhas ou nas estrias do tegumento táctil.”

A percepção emergente dos perigos invisíveis, transportados no toque, encontrava associação directa com a representação histórica da lepra como doença contagiante por via do contacto físico. O toque voltou a assomar como veículo de propagação da lepra, recuperando, deste modo, a metáfora do “leproso” como um “intocável”. A percepção do “leproso” como vector da impureza patogénica, impelia a afastá-lo do espaço público são (Falcão, 1990: 7):

“Cumpre, pois, pôr de sobreaviso a população sobre os perigos, que lhe podem advir, do trato com leprosos e chamar a atenção das entidades, que superintendem em assuntos de saúde pública, para este criminoso abandono.”

A carência de um tratamento para a lepra, conduziu à preferência estratégica pela manutenção da saúde dos indivíduos não infectados, centrando a intervenção biomédica na preservação do bem público, em detrimento da cidadania dos doentes de lepra. Para que o flagelo fosse contido, aos últimos era demandado o sacrifício de serem apartados das suas redes sociais e isolados do espaço público. A velha resposta social da segregação dos doentes de lepra retornava, assim, na moderna intervenção biopolítica. Alguns leprólogos atribuíam, mesmo, o recrudescimento da lepra entre as populações mais pobres, a partir de finais do século XVIII europeu, ao encerramento das leprosarias no final da Idade Média (Silva, 1962a).

Não pretendendo apreciar os resultados epidemiológicos da segregação dos doentes de lepra no período em causa, convém ter em conta que o longo período de incubação do bacilo problematiza a eficácia de medidas isolacionistas na interrupção da cadeia de contágio.

O legado bíblico e medieval era, claramente, transversal aos discursos médicos da época. A imaginação bíblica e medieval da lepra, ocuparam um lugar central na formulação inicial do discurso da leprologia moderna. Essa memória histórica era frequentemente invocada, para com ela se declarar uma clivagem profunda, anunciando-se uma ruptura epistemológica entre a religião e a ciência, que atribuía à última uma ideologia de cariz racionalista e humanista. Assim, a lepra não deveria ser mais entendida como uma punição mas, ao invés disso, como um fenómeno puramente biológico, no caso uma desordem com origem patogénica. Em concomitância, a leprosaria moderna não poderia reproduzir a leprosaria medieval, descrita como um cárcere desumano, mas deveria constituir, antes, um espaço terapêutico, científico e educativo (Falcão, 1900: 34):

“É claro que não pretendo fazer ressuscitar as práticas bárbaras dos antigos tempos; o que desejo e julgo necessário é o emprego dos meios compatíveis com a civilização actual e em harmonia com os sentimentos humanitários da nossa época, os quais os modernos processos de higiene extremamente facilitam. Para os leprosos indigentes a solução, que se me afigura mais própria, é o estabelecimento de colónias agrícolas, ou, se quiserem, de aldeias de leprosos. (...) As colónias teriam, a mais, a vantagem de se tornarem vasto campo de observação e experiência, no qual serviços cientificamente montados e proficientemente dirigidos poderiam fazer progredir a terapêutica da doença, tão rica de meios, mas tão escassa de resultados...”

A leprologia, enunciando uma ruptura epistemológica com o legado do Antigo Testamento, reclamava, em torno, a ambição soteriológica do Novo Testamento para si. Paradoxalmente, enquanto o discurso biomédico postulava a ruptura com a representação passada da lepra, as suas práticas assemelhavam-se, em grande medida, com as mesmas estratégias que repudiava. É o caso da representação do doente de lepra como “impuro” (ainda que não mais do ponto de vista da moral, mas agora na perspectiva da higiene e da salubridade) ou do isolamento forçado, num lugar afastado do espaço comunitário são.

Vale a pena referir que os estudos históricos contemporâneos têm vindo a contestar a descrição da leprosaria medieval como um degredo, bem como o ostracismo absoluto atribuído ao estatuto social do “leproso”. Estas pesquisas vêm sugerindo, antes, que ambas as ideias poderão ter sido, em parte, produzidas no contexto histórico europeu do século XIX (Gould, 2005; Miller e Smith-Savage, 2006; Rawcliffe, 2006).

Veja-se o caso das gafarias portuguesas que, ao contrário da maioria dos países europeus, foram criadas e mantidas, sobretudo, pelo poder monárquico, adquirindo contornos seculares, no que respeita aos regulamentos e administração de bens (ver Carvalho, 1932: 27-28 e 1932: 35). Significativo é o modelo de autogestão pelos enfermos, que se estendia às deliberações organizacionais, refutando, assim, o mito do “leproso” como um sujeito sem voz (Carvalho, 1932: 36):

“Havia nestas casas um costume muito curioso. Periodicamente ou fora das épocas marcadas, quando algum acontecimento extraordinário o exigia, o comendador, provedor ou administrador vinha à gafaria presidir a reunião de todos os gafos, que se denominava cabido. Ali se faziam as reclamações dos doentes quando à ração que lhes distribuía, à necessidade de obras ou melhoramentos, ao modo de proceder que com eles tinha o pessoal da gafaria, aos insultos ou maus tratos da gente de fora ou de uns com outros, etc.”

Nas gafarias, a própria terapêutica estava a cargo dos enfermos (ver Carvalho, 1932: 26). Quanto às suas condições de habitabilidade e recursos alimentares, seriam comparativamente melhores às da maioria da população. A pesquisa de Carvalho (1932, 163-164) contraria, ainda, a ideia de uma segregação estanque entre enfermos e sãos:

“Em primeiro lugar as gafarias pequenas (...) eram frequentemente instituídas em casas dos fundadores (...) vizinhando com as outras habitações, além disso o isolamento dos gafos não era

---

completo, visto que havia muitos doentes que andavam em liberdade (...) não só havia dentro da gafaria muitos sãos (...) mas havia muitas vezes licença para que algumas pessoas ali penetrassem e até acontecia que a igreja das gafarias era muitas vezes frequentada pelos sãos...”

A invocação sistemática do anátema bíblico e medieval pelo discurso biomédico do século XIX, merece ser interpretada, não como uma evidência histórica ou, ao contrário, como uma falácia, mas, principalmente, como uma estratégia de legitimação. Ao inscrever no passado a desumanidade da leprosaria e a inumanidade da exclusão social do “leproso”, a leprologia afirmava, por oposição, a virtude humanista e científica do seu projecto. Discursivamente, ensaiava-se uma ruptura epistemológica, enquanto na prática se iam tecendo continuidades.

Como se viu, Fleck (1979) alerta para a porosidade entre elementos díspares na produção do conhecimento biomédico, mesmo sob uma aparente cisão entre os mesmos. Contudo, para a legitimação do conhecimento científico como verdadeiro, a cisão não basta, é necessário, também, que os outros saberes sejam constituídos em crença. A negatividade inscrita noutras formulações sobre um mesmo objecto, reforça, assim, a positividade do conhecimento científico. O espelho como mecanismo de validação vem sendo apontado pela reflexão pós-colonial.

Mignolo (ver 2003: 673) denuncia como a Revolução Científica moderna implicou uma “dupla ruptura epistemológica”, expressão que colhe em Boaventura de Sousa Santos, ao inscrever a ignorância no obscuro tempo da Idade Média e no obscuro espaço da América. O autor problematiza a própria ideia de Revolução Científica, uma vez que esta terá ocorrido no que chama o “Mesmo Paradigma” epistémico ocidental (Mignolo, 2003: 673), ao descartar conhecimentos de línguas, que não o grego e o latim, da sua genealogia histórica, muito embora os mesmos tivessem oferecido valiosas contribuições para a construção cumulativa do saber científico (Mignolo, 2003: 675):

“Enquanto na história da Europa paradigmas anteriores eram «superados», na história mundial os paradigmas diferenciais eram negados. Isto é, a diferença epistémica colonial viria a ser conhecida e aceite enquanto teologia, filosofia e ciência ocidental, em contraposição à árabe-islâmica, à chinesa ou à ameríndia.”

O eclipse do cruzamento entre saberes de origens diversas na constituição da ciência, autorizou, deste modo, a legitimação da última como único conhecimento verdadeiro. Ao fazê-lo, a ciência transpôs as suas fronteiras históricas e culturais e declarou-se universal.

Efectivamente, a medicalização da lepra significou, igualmente, um momento de afirmação pública da leprologia, que acompanhava, por sua vez, a transformação no estatuto social e político da profissão médica. Neste sentido, a alegada cisão com a representação religiosa da lepra e com o modelo da leprosaria medieval, por um lado veiculava o reforço da legitimidade do saber biomédico e a naturalização da sua jurisdição sobre o corpo com lepra e, por outro gizava o internamento obrigatório dos doentes na leprosaria moderna como um gesto humanista, ocultando a violência do autoritarismo disciplinar e jurídico.

Do que foi dito, desvenda-se uma continuidade representacional, que contraria a antinomia, sugerida por Sontag (1991), entre a moralização e a medicalização dos significados atribuídos à doença. O processo de medicalização da lepra, encetado a partir da segunda metade do século XIX, longe de assentar numa imaginária tábua rasa, encontrava-se social, histórica e politicamente enraizado. Mais do que uma fractura com os significados morais atribuídos à lepra, a medicalização dos últimos, em parte, reiterou-os, nomeadamente na ênfase dada à separação entre indivíduos infectados e indivíduos não infectados com lepra. Mais, a validação do modelo explicativo biomédico, ao demandar a rejeição da representação religiosa da doença, invocando-a insistentemente como contraponto, fez retornar ao imaginário público o espectro do “leproso”, reinventando-o. Por outro lado, a pedagogia profilática aspirava combater o que considerava ser a ignorância popular do contágio, inflamando, desta forma, o medo social do “leproso” (Carvalho, 1932: 210):

“O povo não acredita no contágio, porque ou crê que a origem da doença é a herança, ou atribui a determinada alimentação o seu aparecimento. Daqui deriva a absoluta indiferença com que convive com os gafos ...”

O processo de medicalização da lepra fez uso de metáforas antigas, imbuindo-as de renovado vigor. A persistência da exterioridade na representação social do doente de lepra, bem como da ambivalência nos modos de imaginação pública do mesmo, perpetuaram a sua identificação com um Outro, velado e silenciado. Se o legado do Antigo Testamento marca presença na argamassa da leprosaria moderna, a herança soteriológica do Novo Testamento informa tanto o discurso humanista, quanto a ambição terapêutica da leprologia. Em torno, o medo social do “leproso”, inflamado pela pedagogia biomédica, garantia a legitimação



pública da segregação dos doentes de lepra como estratégia profilática. Neste sentido, ainda que em ruptura discursiva com a moralização da lepra, a medicalização desta enfermidade nutriu-se do conteúdo simbólico da última, reacendendo o temor do toque poluente e reactivando a exclusão social dos doentes de lepra através do exílio disciplinar na leprosaria moderna. Esta continuidade representacional permite entender a persistência de respostas sociais de repúdio dirigidas aos doentes de lepra, e da sua representação pública como sujeitos desqualificados, reificando-se o estigma como ontologia do doente de lepra.

### **3.5. A metaforização de uma *doença residual***

Nos alvares da leprologia moderna, as sociedades europeias sofriam uma metamorfose social, económica, cultural e política profunda. O projecto da modernidade celebrava, então, um movimento ininterrupto em direcção ao porvir, equacionado com as ideias de progresso e de civilização, uma imbricada na outra. O progresso seria, assim, uma corrente cega em direcção a um futuro que, não existindo ainda, era já insofismável.

No umbral da modernidade, as formas sociais que não desenhavam os traços do ideário do progresso e da civilização, foram invisibilizadas, constituindo-se grupos de pessoas “exiladas” da história. O fluxo do progresso tecnológico e económico, equiparado ao desenvolvimento moral da sociedade, associou-se a um modo específico de conhecimento e de acção no mundo, de raiz científica. A salvação, outrora religiosa, repousava, agora, no conhecimento científico.

Neste contexto, o passado assolava como um Outro, do qual a modernidade se afastava, compulsivamente. O carácter salvífico da modernidade absolvía o sacrifício imposto àqueles que nela não se incluíam (Dussel, 2001: 69):

“Dado este carácter «civilizado» e redentor da modernidade, os sofrimentos e sacrifícios (os custos) da modernização impostos aos povos «imatuross», às raças escravizadas, ao sexo «débil», etc., são inevitáveis e necessários.”

No século XIX, biologia e moral uniram-se, moldando a versão moderna do corpo e dos comportamentos, cuja antítese seria a desordem emergente da pobreza, da ignorância e da doença (Vigarello, 1985: 156):

“Mas há uma argumentação mais geral e parcialmente nova, em que a biologia e moral apontam para noções regeneradoras. O espectro de uma miséria incontrolada alimenta o de uma possível regressão física e social.”

Neste contexto, o doente de lepra, antigo portador de uma impureza moral, transfigurou-se num vector da impureza patogénica, mas também de uma impureza social, na associação da patogenia com a insalubridade e com a pobreza. A lepra, sendo uma doença simultaneamente identificada com o passado histórico europeu e com a carência civilizacional inscrita nos territórios colonizados, veio a ser descrita como uma enfermidade antiga, intimamente relacionada com o atraso estrutural. Daí que o esforço biomédico se tenha dirigido, inicialmente, para a erradicação da enfermidade, sem qualquer pressuposto de inclusão social dos que dela padeciam. Muito pelo contrário, aos doentes de lepra era exigido o sacrifício de conterem nos seus corpos o mal, apartando-se dos sãos, e extinguindo, por esta via, a doença, através do seu próprio exílio.

A lepra recordava a modernidade europeia de um atraso civilizacional que almejava expurgar de si, e o corpo com lepra incorporava, agora, o pecado do atraso. Valerá a pena procurar compreender a relação entre a sintomatologia da lepra e a idealização corporal moderna. Por ora, basta reconhecer que a medicalização da lepra se alicerçou na ideia de que esta era uma doença intolerável para o ímpeto desenvolvimentista das sociedades modernas europeias. O mito medieval de uma “morte em vida” encontrou, deste modo, configuração moderna na representação do doente de lepra como um exilado sanitário, exterior aos processos históricos. O “leproso” metamorfoseou-se, mantendo-se, não obstante, o véu, impedindo-o de uma participação cidadã no espaço público.

Neste sentido, creio que, ao contrário do que defendem Gussow e Tracy (1971), o “leproso” não terá sido inventado pelo projecto biopolítico do século XIX mas, antes, reinventado no seu curso. Terá sido a existência de uma “superioridade *posicional* flexível” (Said, 2004: 8) por parte das elites religiosas, médicas e políticas, face aos doentes de lepra, em diversos períodos históricos, que possibilitou altear diferentes imagens de poluição na representação pública dos últimos. Significa isto que, a lepra, além de, indesmentivelmente, constituir uma enfermidade, tem existido, também, enquanto ideia, historicamente usada para fins políticos.

Ancorando a produção simbólica da impureza, na antinomia entre ordem e desordem social, e considerando a poluição como “uma espécie de compêndio de elementos repelidos pelos nossos sistemas ordenados” (Douglas, 1991b: 50), é viável olhar a lepra, no contexto de

uma ideologia desenvolvimentista e higienista, como resíduo de um passado de atraso civilizacional que a modernidade procurava expulsar de si.

A lepra poderá ser, assim, pensada, como uma *doença residual*. Tomo como referência as doenças emergentes, caracterizadas, pela Organização Mundial de Saúde,<sup>30</sup> nos seguintes moldes:

“Uma doença emergente é aquela que tenha aparecido numa população pela primeira vez, ou que possa ter existido previamente, mas que esteja a crescer rapidamente, em incidência ou em amplitude geográfica.”

Nestas incluem-se enfermidades consideradas recentes, como o HIV-SIDA, ou outras, cujos agentes etiológicos sofreram mutações, como a tuberculose multiresistente (ver Farmer, 1998: 99). As doenças emergentes são, portanto, publicamente apreendidas como perigos novos, e tendem a adquirir uma visibilização muito preponderante, gerando discussão pública e accionamento de medidas políticas, suscitando, nesse processo, a delimitação de grupos de risco (Bastos, 2002).

Ao invés, uma *doença residual* é remetida para o passado, muitas vezes percepcionada pela opinião pública como uma enfermidade pré-moderna e extinta. Tende, também, a ser alvo de obscurecimento político, dado constituir um elemento epidemiológico que ensombra os índices de desenvolvimento nacionais. Os doentes são votados ao silêncio e à invisibilidade liminar daquilo que não cabe no espaço social ordenado.

No processo de transformação epistemológica e política das sociedades industrializadas, cujo anelado reflexo no espelho identitário<sup>31</sup> era o da modernidade e do progresso, a lepra assolava como uma mancha residual. Em conformidade, no espaço público gizado, o doente de lepra não tinha lugar.

A biomedicina, enquanto “linguagem de agência” (Scarry, 1985: 13), obrou parte da criação do mundo moderno, ordenando, higienizando e normalizando o espaço público. Neste movimento impeliu o doente de lepra para as margens, exilando-o no espaço ocluso da leprosaria. À enfermidade sobrepôs-se a desordem que a modernidade anelava expurgar de si, imputando na lepra imagens de pobreza, ignorância e insalubridade.

<sup>30</sup> Ver: [http://www.who.int/topics/emerging\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/emerging_diseases/en/).

<sup>31</sup> Como diz Santos (2000: 45): “... as sociedades são a imagem que têm de si vistas nos espelhos que constroem para reproduzir as identificações dominantes num dado momento histórico.”

Enquanto “metáfora de contraste” (Ribeiro, 2004: 21),<sup>32</sup> o corpo com lepra constituiu-se num indicador civilizacional. Nesse sentido, traduzia, também, a gestão da relação entre o Mesmo e o Outro no interior do espaço europeu. O caso de Portugal ilustra-o, claramente. Até à década de 1930, Portugal carecia de um plano estratégico de combate à lepra, muito embora a sua necessidade viesse sendo aventada pela classe médica desde a segunda metade do século XIX. Esta lacuna figurava como um constrangimento nacional (Salvador *apud* Carvalho, 1932: 208):

“Não só na Europa, como em todas as outras partes do mundo, nota-se uma ansiedade enorme, sempre crescente, em extinguir, completa e rapidamente, este horroroso flagelo. Todos os meios se estão empregando, incessantemente, para este fim, numa luta sem tréguas, organizada e executada debaixo dos mais rigorosos princípios científicos (...) É verdadeiramente confrangedor ter de se dizer a duríssima verdade de que Portugal enfileira ao lado dos países mais atacados da lepra em todo o mundo, em valor relativo.”

A prevalência da lepra, enquanto *doença residual de atraso civilizacional*, manchava a identidade nacional. Portugal, tardando em erradicar a doença, reforçava, com isso, a sua condição semiperiférica (Santos, 1993 e 2002) face aos restantes países europeus. No esforço de construção de uma nação civilizada, o “flagelo” da lepra exigia ser vencido. Foi este o principal argumento político usado para a disponibilização de avultados fundos públicos, na instauração de um “arsenal anti-leproso” (Barreto, 1938a: 3), cujo núcleo vital era o Hospital-Colónia Rovisco Pais

---

<sup>32</sup>“A ideia portuguesa da Descoberta, inscrita na Europa por estas viagens, e fundadora da modernidade, como propôs Fernando Pessoa, trazia de uma forma inequívoca, como tem sido apontado por vários críticos, a questão da identidade – a identidade dos europeus e a identidade dos «outros» e particularmente dos europeus por oposição aos «outros». Como resultado imediato, ao proporcionarem o encontro com o «Outro», os Descobridores, na sua elaboração europeia, proporcionaram a definição da Europa como centro de identidade (Ramalho, 1993: 96), de poder e de irradiação cultural face a esse «Outro», que os europeus interpretaram, imaginaram e construíram em sucessivas metáforas de contraste, conforme as épocas e as respectivas percepções políticas da diferença.” (Ribeiro, 2004: 21).

#### 4. A última leprosaria portuguesa

Uma aporia de escalas parece desenhar a identidade portuguesa.

Em 1880, Eça de Queiroz (2000: 46) ecoava, em jeito de burlesco ventriloquismo, um matiz particular do orgulho português: “- Portugal é pequenino, mas é um torrãozinho de açúcar.” Em 1894, era Oliveira Martins (1978: 10) quem se interrogava: “Há ou não há recursos bastantes, intelectuais, morais, sobretudo económicos, para subsistir como povo autónomo, dentro das estreitas fronteiras portuguesas?”. E, já em 1917, Fernando Pessoa, escrevendo sob o heterónimo de Álvaro de Campos (1990: 30) lançava um *ultimatum* literário, em resposta ao *ultimatum* inglês, de 1890, no qual diagnosticava a feição moribunda de Portugal na cartografia política e identitária da Europa: “Mandado de despejo aos mandarins da Europa! Fora. (...) E tu, Portugal-centavos, resto da Monarquia a apodrecer República, extrema-unção-enxovalho da Desgraça, colaboração artificial na guerra com vergonhas nacionais em África!”.

As suas vozes emitem um enunciado acerca do estatuto ambivalente de Portugal na Europa, oscilando entre o pioneirismo da primeira modernidade portuguesa e a dependência económica face a potências europeias, como a Inglaterra, nos séculos subsequentes. Este lugar de fronteira, como lhe chamou Santos (1994 e 2001), é decorado por uma nostalgia que desenha o “império como imaginação do centro”, como assinalou Ribeiro (2004: 30).

A ambiguidade estatutária de Portugal e a heterogeneidade das suas características sociais, económicas, políticas e científicas, marcam presença na história moderna da lepra no país. Se, desde a segunda metade do século XIX, médicos como Bernardino Gomes ou Zeferino Falcão advogavam a premência em Portugal confluir no esforço, generalizado entre os países centrais, para a eliminação da lepra, essa convergência só ocorreu no final da primeira metade do século XX. A edificação do Hospital-Colónia Rovisco Pais, embora desfasada cerca de meio século em relação às leprosarias dos países centrais, foi, então, celebrada como sendo a mais avançada infra-estrutura do género no espaço europeu. Nos discursos médicos e políticos do período em causa, Portugal transitou da marginalidade, de país europeu com maior expressão endémica de lepra e menor investimento científico, profilático e terapêutico no combate à mesma, para o espaço central, de uma nação modelar na jornada para a erradicação desta enfermidade.

Como tal, o Hospital-Colónia Rovisco Pais constituiu um importante projecto higienista do Estado Novo. No seu paradigma constam elementos inspirados na medicina social

européia e nas linhas matriciais do regime salazarista. A especificidade desta instituição, no contexto nacional, suscita uma análise que põe em relevo a sua matriz biopolítica, à que se alia uma visão particular, de uma elite oligárquica, sobre as camadas populares portuguesas. Por conseguinte, para se entender a obra do Hospital-Colónia Rovisco Pais é vantajoso ter em consideração o tipo de ciência e de práticas assistencialistas que se faziam à época em Portugal.

Após um breve enraizamento contextual, exporei a edificação e o modelo do Hospital-Colónia Rovisco Pais, singular no contexto assistencialista em vigor, e que combinou, exemplarmente, elementos conflituantes, aliando a articulação científica com a leprologia moderna, de feição transnacional, à ideologia pastoral e paternalista do Estado Novo.

#### **4.1. Da ignomínia do atraso ao louvor da modernidade**

Como diz Santos (1994: 133), desde o século XVII, Portugal tem ocupado uma posição simultaneamente central e periférica no sistema-mundo:

“A manifestação paradigmática desta matriz intermédia, semiperiférica, da cultura portuguesa está no facto de os Portugueses terem sido, a partir do século XVII (...) o único povo europeu que, ao mesmo tempo observava e considerava os povos das suas colónias como primitivos ou selvagens, era, ele próprio, observado e considerado, por viajantes e estudiosos dos países centrais da Europa do Norte, como primitivo e selvagem.”

Esta tensão delinea a fronteira como traço dominante do cenário simbólico e político nacional, estando, igualmente, relacionada com um desenvolvimento económico de escala intermédia e de intermediação entre os países centrais e os países periféricos. Por outro lado, a debilidade da centralização estatal, produziu um acentrismo na cultura portuguesa, cuja diversidade interna a esvazia de um conteúdo homogéneo e homogeneizante, reforçando, sobretudo, os traços que delimitam a sua forma (Santos, 2001, 53-54):

“Forçados a jogar o jogo dos binarismos modernos, tiveram dificuldades em saber de que lado estavam. Nem Prospero nem Caliban, restou-lhes a liminaridade e a fronteira, a inter-identidade como identidade originária.”

No século XVIII, retornava a Portugal, através do olhar dos restantes países europeus, a imagem de um povo descrito segundo a mesma matriz que era empregue para descrever as populações sob a dominação colonial. O protagonismo de Portugal na primeira modernidade europeia vinha esmaecendo, dando lugar a uma subalternidade económica, política e científica (Nunes e Gonçalves, 2001; Ribeiro, 2004; Santos, 1994 e 2001). O próprio estatuto racial dos portugueses era objecto de controvérsia, oscilando entre genealogias de raiz europeia ou africana, com as respectivas lógicas hierarquizantes que lhes subjazem. Esta representação ambivalente motivou, inclusive, trabalhos científicos com vista à comprovação da pureza racial dos portugueses, nos séculos seguintes. Tamagnini (1944: 6), em resposta a considerações feitas em congressos internacionais de antropologia, que descreviam uma “influência negrítica” na raça portuguesa, desenvolveu estudos sobre o índice nasal dos portugueses diligenciando refutar as mesmas. No contexto colonial, Bastos (2003) identifica no trabalho de Germano Correia a preocupação com uma comprovação científica da pureza racial dos luso-descendentes em Goa.

Contudo, a escala de Portugal na cartografia europeia, definida pela debilidade económica e pelo outorgado estatuto subalterno, era distendida através da ambição imperial. Respondendo à sua própria interrogação, Oliveira Martins (1978) vem a apontar Angola como a solução derradeira.

Como explica Ribeiro (2004: 30), no século XIX, as colónias portuguesas em África permitiam ampliar, no espelho identitário, as fronteiras de um pequeno país periférico no espaço europeu, desenhando a identidade nacional numa escala, que não só não lhe pertencia, como era, também, ficcionada com elementos de contornos oníricos:

“Parece-me assim ser possível adiantar que as imagens de centro construídas por Portugal vêm rodeadas de fantasmas de periferia, e que, de forma simétrica, as imagens de periferia estão frequentemente imbuídas de fantasias de centro. Assim (...) insinuo aqui a existência de um complexo de imagens que irei definir como imagens de «império como imaginação do centro», e que reflectem a condição pouco assumida, mas ansiosamente sentida por vários políticos e intelectuais, ora de Portugal como centro precário de um império, ora mesmo como periferia imperial, mas que através do império foi podendo imaginar-se como centro.”

A dimensão simbólica apontada pela autora é de enorme importância para se compreender a disjunção entre as condições sociais, económicas e científicas de Portugal em finais do século XIX, que justificavam o atraso estrutural no combate à lepra, inspirando

severas críticas por parte das elites médicas, e a retórica adjacente que descrevia Portugal como uma nação moderna que não podia tolerar a prevalência da lepra entre a sua população, devendo, como tal, accionar medidas estatais que sustentassem um plano estratégico com vista à sua eliminação.

Com efeito, a discussão pública em torno da lepra estendia-se para além do domínio médico, transbordando para o próprio debate em torno da identidade da nação portuguesa, com assento nesse espaço de fronteira, identificado por Santos (1994 e 2001), declarando, quer a ignomínia da carência de meios no combate a uma enfermidade identificada com o atraso civilizacional, quer o posterior louvor pela criação de uma leprosaria modelar, segundo os critérios científicos da leprologia dos países centrais.

As apontadas condições políticas e económicas do país, influíram, de igual modo, na prática científica, também esta subsidiária dos avanços produzidos nas escolas estrangeiras. Nunes e Gonçalves (2001: 21) caracterizam o estatuto dos cientistas portugueses no contexto europeu como o de “enteados de Galileu”, procurando pôr em evidência as dificuldades estruturais para a prática da ciência em Portugal, bem como a subalternidade dos cientistas portugueses nos mundos transnacionais da ciência:

“Portugal teria, assim, oscilado, ao longo dos últimos 500 anos, entre uma contribuição fundamental para as origens da ciência moderna através, nomeadamente, dos Descobrimentos, e uma marginalização e um atraso em relação aos protagonistas da revolução científica do século XVII e, depois, dos diferentes episódios que marcariam o desenvolvimento das ciências entre os séculos XVIII e XX. De percursos da modernidade científica, os portugueses teriam, assim, passado a «enteados de Galileu», a descendentes mais ou menos desprezados ou marginais de um dos momentos cruciais da história mundial...”

Os autores referem-se, assim, a uma “cultura científica de fronteira” (Nunes e Gonçalves, 2001: 22), ressaltando a heterogeneidade interna do investimento na pesquisa e a disparidade do desenvolvimento de colaborações transnacionais entre os diferentes grupos de cientistas portugueses.

Como demonstra Carapinheiro (1993), através do estudo da instituição hospitalar em Portugal, a subalternidade científica estendeu-se ao universo da biomedicina. Traçando um retrato da prática e do ensino biomédicos, num olhar histórico com início no século XV, no Real Hospital de Todos os Santos, e que vem a desembocar no século XX, nos Hospitais Civis de Lisboa, Carapinheiro (1993) descreve a passagem da administração religiosa da



instituição hospitalar, com um pendor fundamentalmente assistencialista, à sua secularização e racionalização científica. Segundo a autora, a abertura do hospital à investigação científica e ao ensino, no curso do século XIX, permaneceu, em grande medida, dependente da produção científica externa, nomeadamente da escola francesa (ver Carapinheiro, 1993: 25).

Na origem da heterogeneidade interna da produção científica, por um lado, e da sua subalternidade face à Europa, por outro, terão concorrido não somente as fragilidades estruturais, mas também a ocorrência de longos períodos de orientações políticas avessas ao racionalismo científico, compostas por regimes imbuídos de uma ideologia íntima da Igreja Católica, como foi o caso do meio século do regime salazarista (ver Santos, 1994: 49).

A acentricidade da cultura portuguesa, as condições sócio-económicas vinculadas ao lugar de semiperiferia e a debilidade da prática científica interna, reflectiram-se na ineficiência do movimento higienista e do Estado Providência em Portugal. Ambos tiveram uma acção fragmentada, decorrente da dificuldade numa centralização pelo Estado português.

Pereira (1999) distingue, analiticamente, Estado Providência, Estado higienista e assistência pública. Esta distinção é útil, na medida em que permite destrinçar o tipo de acção biopolítica do Estado português, em particular no que respeita ao controle da lepra. A assistência pública, que tem em Portugal uma longa tradição, possui um alcance sobretudo caritativo, dirigindo-se às populações desprovidas de meios próprios e assumindo um carácter supletivo. Em torno, a vocação do Estado Providência concerne, fundamentalmente, a redistribuição, enquanto que o higienismo se designa a uma ordenação sanitária do espaço público (Pereira, 1999: 48):

“Trata-se [Estado Providência] de um projecto de reforma da sociedade mediante a protecção do indivíduo, enquanto o objectivo do Estado higienista é a protecção da sociedade como um todo.”

Focando o período coevo ao Hospital-Colónia Rovisco Pais, a doutrina estado-novista imputava à sociedade civil, em particular aos sectores ligados à Igreja Católica, grande parte dos encargos relativos à acção social (Rosas e Brito, 1996). A sua política assistencialista concertava elementos caritativos com outros de teor repressivo, gerando um modelo idiossincrático. Na época, os projectos de cariz assistencialista estavam a cargo do Ministério do Interior, que era, igualmente, responsável pela segurança interna, numa imbricação inequívoca entre assistência e manutenção da ordem social (Rosas e Brito, 1996).

Efectivamente, o corporativismo estado-novista, postulando a negação do conflito entre o capital e os trabalhadores, abandonou as medidas que vinham sendo desenvolvidas no

sentido da estruturação do Estado Providência (Carvalho e Mouro, 1987). Ouça-se o discurso de Pedro Teotónio Pereira (2006), apresentado em 1933, na qualidade de Subsecretário de Estado das Corporações e Previdência Social:

“Não há luta de classes em Portugal. O Estado português, repito, não se declara capitalista nem burguês, da mesma forma que não aspira a que um dia possa ser exclusivamente proletário.” (Pereira, 2006: 360)

“Os nossos problemas de previdência social não poderão ser resolvidos por sugestões de escola nem por imitação do alheio. Mas objectivamente, procurando integrá-los no movimento corporativo que se vai iniciar, aproveitando e animando, por outro lado, tudo o que de bom exista – e alguma coisa é – nas nossas iniciativas de carácter privado; no nosso mutualismo popular, por vezes tão interessante; cingindo-nos de perto às nossas condições próprias, à estrutura tão característica, nos seus defeitos e qualidades de tudo quanto é português; (...) procurando educar e melhorar a um tempo; (...) Desligado da ideia duma caixa burocrática, complacente e passiva, deixando de tratar com o Estado e com os dinheiros públicos – fáceis tentadores de abusos e de apetites ruins – o trabalhador passará a olhar a organização da previdência do seu agregado profissional como uma obra sua, a que tem ligados o seu sacrificio, a sua responsabilidade e a sua esperança.” (Pereira, 2006: 370)

Fazendo regressar a responsabilidade da acção social ao domínio da iniciativa privada, o Estado Novo reiterou uma lógica classicista, accionando mecanismos repressivos de controlo da ordem pública, aliados à regeneração moral da sociedade, com base no ideário mítico da ruralidade e da família portuguesas.

Na voz do Ministro do Interior da altura, Pais de Sousa (1941: 5), o modelo assistencialista em causa constituía-se através de uma acção educativa junto da família:

“A assistência social em vez de se dirigir ao indivíduo, deve dirigir-se à família e cooperar com ela. Em face da Constituição, e creio bem que em face da melhor filosofia social, a família é a base de toda a ordem social e política (...) Este princípio fundamental permite distinguir nitidamente a *assistência social* da assistência *individualista*, ou *filantrópica*, e da assistência burocrática, de carácter *socialista* ou *comunisante* (...) Finalmente, se nos colocarmos dentro dos princípios definidos na Constituição (artigos 12 e 14), que consideram a assistência como uma forma de favorecer a constituição e existência de família, de robustecer e suprir as deficiências da sua economia, para que ela possa bem desempenhar-se das suas funções, em

suma, de cooperar com ela, facilitando-lhe o cumprimento da sua missão, estaremos dentro do são critério da *Assistência Social*.”

Ao Estado cabia, apenas, uma função de subsidiariedade, consagrando a Igreja Católica como interlocutor entre si e a sociedade civil, atribuindo àquela a gestão do social (Bastos, 1997; Carvalho e Mouro, 1987; Pereira, 1999; Rosas e Brito, 1996).

Neste sentido, em 1933, foi fundada a Acção Católica Portuguesa, que encabeçava a acção social em Portugal, estando intimamente ligada a um projecto de recristianização, por oposição à laicização, da sociedade portuguesa (Carvalho e Mouro, 1987: 68-69):

“É na sequência deste movimento, que a medicina social, cuja primeira exigência se prende na necessidade de formação de pessoal técnico com funções de colaboração na medicina preventiva (enfermeiras visitadoras, enfermeiras escolares, etc.), se alia ao objectivo de evangelização da sociedade e, sobretudo, das classes trabalhadoras, como o postula a filosofia social da Igreja.”

O que foi dito vai de encontro à reflexão de Santos (1994: 63-64), que assinala uma inadequação do modelo do Estado Providência europeu para se pensar a realidade portuguesa:

“Daí, a hipertrofia da regulação estatal mencionada na tese anterior e também o facto de a dimensão autoritária ter sobrepujado a dimensão de legitimação. Expressão disso mesmo é o facto de o Estado português não ser um Estado-Providência em sentido técnico e de nele não ser fácil destrinçar entre a componente social e a componente repressiva. Porque as políticas sociais não são adequadamente realizadas (...), a distribuição dos benefícios é selectiva e autoritária, sujeita a critérios subjectivos de agentes ou serviços que criam nos clientes ou destinatários dessas políticas situações de dependência e de sujeição, de punição ou de recompensa em tudo semelhantes às que são típicas de um Estado repressivo.”

O autor propõe, em torno, o conceito de “sociedade-previdência” (Santos, 1993: 46 e 1994: 64), procurando destacar o papel da comunidade na criação de redes de suporte social. Ao Estado cabia, assim, mais uma função repressiva do que redistributiva, cabendo à Igreja Católica a intervenção social, operada segundo uma lógica caritativa de supressão de carências, mantendo-se, com isso, uma ordem social oligárquica.

Segundo Bastos (1997) a idiossincracia da intervenção social, durante o período do Estado Novo, prende-se com a convivência dos dois modelos, um repressivo e o outro caritativo que, embora alternadamente proeminentes, não reverteram na substituição de um

pelo outro. Assim, o modelo de institucionalização dos grupos sociais identificados como marginais, esteve intimamente ligado à acção da Igreja Católica, facto que lhe imprimiu um carácter singular face ao modelo higienista europeu. Se, no século XIX, cabiam inteiramente à Igreja Católica as tarefas públicas assistencialistas, a crescente intervenção estatal e a decorrente imposição de medidas de pendor coercivo a partir do início do século XX, não significou a destituição do papel da Igreja, nem a reconfiguração plena do discurso caritativo (Bastos, 1997: 113):

“Concomitante à criação do Serviço Social (1935) sob o patrocínio da Acção Católica Portuguesa, ao seu entendimento como uma profissão «predominantemente feminina e elitista», prescrevendo «como exigência do exercício profissional a vocação e a boa formação moral» e cuja acção, durante os primeiros tempos do regime, tomou um «carácter de apostolado social», em estreita ligação com as instituições e as dinâmicas da Igreja Católica, assistimos à emergência de um outro género de apostolado, mas agora masculino e policial, prescrevendo similarmente vocação e autoridade moral (conquistada através de uma boa formação moral) e guiado, pelo menos oficialmente, pelos princípios de solidariedade e moral cristã;”

Duas figuras emergem, assim, nas políticas de regulação sanitária e de institucionalização da época, a Igreja Católica e a Polícia de Segurança Pública, a última fortemente influenciada pela ideologia da primeira.

Em suma, os projectos assistencialistas no Portugal de finais do século XIX e em grande parte do século XX, combinaram a acção da sociedade civil, nomeadamente dos sectores ligados à Igreja Católica, com o apoio do Estado, gerando um modelo idiossincrático, irreduzível quer a uma ideologia caritativa, quer a uma disciplinar. A comunidade desempenhou um papel central nestes projectos, tanto na manutenção de relações de proximidade com os indivíduos visados, quanto ao servir de modelo simbólico para a regeneração moral que os mesmos almejavam. A família, o trabalho e a ruralidade constituíram-se, deste modo, nos vértices centrais deste modelo (Bastos, 1997).

Por outro lado, e como diz Santos (1993: 46 e 1994: 64) a acção social ao ter origem numa “sociedade-previdência”, contraiu a acentricidade característica da cultura portuguesa, caracterizando-se por uma heterogeneidade desenhada pelas singularidades locais, sendo possível, como tal, reconhecer especificidades dentro do contexto nacional. Exemplo disso, é

o vasto projecto assistencialista de Fernando Bissaya Barreto,<sup>33</sup> o grande ideólogo e artífice do Hospital-Colónia Rovisco Pais, que se destaca no contexto português pelo seu progressismo científico.

No I Congresso da União Nacional, em 1934, marcaram presença dois projectos de intervenção social, um encabeçada pela Condessa de Rilvas (ver Carvalho e Mouro, 1987: 69) na linha do assistencialismo caritativo enunciado atrás, e outro, formulado por Bissaya Barreto, que fazia a defesa da medicina social de raiz higienista, com uma ambição claramente científica. Foi o último modelo que esteve na base do Hospital-Colónia Rovisco Pais.

Formado em Medicina pela Universidade de Coimbra, foi aí que Bissaya Barreto desenvolveu o seu trabalho académico como médico-cirurgião. Do ponto de vista ideológico Pais de Sousa (ver 1999: 235) identifica três influências determinantes para o seu pensamento: o positivismo científico-naturalista, o republicanismo e a maçonaria. A sua formação científica aliou-se às suas preocupações sociais, dando origem a um projecto pessoal e político de uma Medicina Social, enunciado, como foi dito atrás, no I Congresso da União Nacional. A sua estratégia compreendia as seguintes medidas (Barreto, 1936: 6):

“1) A despistagem do doente; 2) Medidas de saneamento, que defendam o indivíduo são do contagioso, que dêem habitações salubres e higiénicas, que promovam desinfecções, etc.; 3) A educação das famílias; 4) A assistência sob todos os aspectos aos doentes, às famílias e aos filhos;”

No mesmo programa, Bissaya Barreto (1936: 7) defende que:

“... o médico social não pode deixar de pensar no valor social dos seus assistidos e de proceder como educador. É necessário, pois, fazer assistência física, intelectual e moral, isto é, *assistir-educando, educar-tratando*” (...) É necessário, enfim, criar o apostolado da Medicina Social.”

A figura do médico emerge como a de um educador, assinalando a dupla acção da biomedicina sobre o corpo doente e sobre o corpo social. Neste sentido, o modelo defendido por Bissaya Barreto identificava a doença como um problema social, definindo o combate à mesma por via de uma intervenção na comunidade, fundamentada em critérios científicos. Pais de Sousa (1999) identifica, ainda, no pensamento de Bissaya Barreto, uma filosofia

---

<sup>33</sup> Para uma análise da vida e obra de Fernando Bissaya Barreto ver *Bissaya Barreto: ordem e progresso* (1999) de Jorge Pais de Sousa.

naturalista, inspirada em Rousseau, expressa na defesa de uma socialidade sã, que ascenderia através de uma educação ao mesmo tempo física e moral. A sua orientação programática estava, assim, mais próxima do higienismo modernista do que da mediação caritativa religiosa, cuja tendência era maioritária no interior do regime.

Não obstante, a obra de Bissaya Barreto conciliava elementos adversos, uns de inspiração modernista, como foi dito, e outros com contornos estado-novistas, reflectindo, deste modo, tanto o progressismo do seu pensamento, evidenciado pela permanente articulação científica com o exterior (inusitada no contexto autista do Estado Novo), quanto o seu compromisso político com o reformismo autoritário de pendor moralizante do mesmo regime (Barreto, 1936: 6):

“Pois bem, iniciemos em Portugal um forte movimento de educação sanitária no nosso Povo; seguiremos assim a orientação adoptada nos países de mais civilização (...) Semear é educar. Sejamos então semeadores neste formoso rincão, que é o País inteiro, e de que é maioral Salazar; sejamos obreiros deste campo, que há-de fazer um Portugal melhor, porque os seus habitantes serão mais ricos em robustez, instrução e educação.”

O seu projecto político, apoiado pelo Estado Novo, deu origem à criação de várias instituições na região centro do país, desde hospitais psiquiátricos, sanatórios para a tuberculose, uma vasta rede de ensino pré-escolar, maternidades, escolas de enfermagem e de pessoal especializado no domínio da assistência social e, finalmente, a Leprosaria Nacional - Hospital-Colónia Rovisco Pais.

Tendo em conta a singularidade da obra sanitária e assistencialista de Bissaya Barreto, percebe-se como é que num país, onde o movimento de transformação e regulação política que galopava nas sociedades europeias, desde o século XIX (através de mecanismos gerados pela medicina social), dava lugar a uma ideologia paternalista, (que inscrevia a regeneração do tecido social no seio da família nuclear, tal como era idealizada pelo regime estado-novista), foi alteado um projecto disciplinar com características biopolíticas, decorrentes de uma articulação científica com espaços transnacionais.

Neste sentido, é possível identificar no desenho do Hospital-Colónia Rovisco Pais, traços higienistas e assistencialistas, bem como a ausência de pressupostos emancipatórios, associados à acção redistributiva do Estado Providência. Em colaboração com o autoritarismo paternalista do regime, os referidos vértices, higienista e assistencialista, veicularam tanto um

dispositivo moderno de despiste e combate à lepra, quanto o projecto estado-novista de regeneração moral da população portuguesa.

#### 4.2. A lepra, esse *mal sujo e antigo*: a utopia biomédica de Bissaya Barreto

Na década de 1930, o Ministério do Interior nomeou uma comissão (constituída pelo Director Geral da Assistência Machado Pinto e pelos médicos Alberto da Rocha Brito, Luís de Sá Penela, Albino Valente, Carlos Arruda Furtado, Uriel Salvador e João Leite da Silva Duarte) para o estudo da lepra, que apurou a existência de 1 127 casos da doença no país (Silva, 1967).<sup>34</sup>

No mesmo período, os Hospitais da Universidade de Coimbra decretaram o término do internamento dos doentes de lepra, subsistindo para esse fim apenas dois serviços hospitalares no país, o Pavilhão Curry Cabral, integrado nos Hospitais Civis de Lisboa, e o Hospital Joaquim Urbano, no Porto (Silva, 1967).

Esta carência terá sido determinante para o envolvimento político de Bissaya Barreto no combate à lepra em Portugal, conferindo, com isso, maior visibilidade pública ao problema.

Foi no espaço de uma publicação vocacionada para a pedagogia sanitária, *A Saúde*, que Bissaya Barreto (1938a: 3) deu início à campanha intitulada “Pelos leprosanrios, contra a lepra”, alertando para a necessidade de um plano articulado e concertado na luta contra esta doença, no lastro do que fizera para a tuberculose.<sup>35</sup>

Ao longo dos textos publicados em *A Saúde*, Bissaya Barreto (1938a: 3) identifica a lepra como “o mal sujo e imundo dos antigos”, encorajando a formação de um “arsenal anti-leproso” (Barreto, 1938a: 3), que tratasse a doença e impedisse o contágio, simultaneamente com firmeza e com compaixão.

Bissaya Barreto (1938a: 3) situava a ocorrência e a disseminação da lepra nas camadas populares, sobretudo rurais, da população portuguesa, e considerava a inexistência de um

<sup>34</sup> Os dados descritos em diante provêm da pesquisa documental em fontes primárias (identificadas no primeiro capítulo), apoiada pela pesquisa empírica, designadamente pelas entrevistas conduzidas a antigos funcionários do Hospital-Colónia Rovisco Pais, bem como aos ex-doentes de lepra do Serviço de Hansen do CMRRC-RP.

<sup>35</sup> “É uma adaptação da frase, que sintetiza todo o programa da luta anti-tuberculosa que instalámos em Coimbra – Pelos tuberculosos. Contra a tuberculose. E é para notar que a estreita analogia que existe entre as duas doenças – Lepra e Tuberculose – nos leva a defender uma organização semelhante no armamento anti-leproso, que é urgente em Portugal.” (Barreto, 1938a: 3-4). A legislação votada à luta contra a tuberculose teve início em 1928, com a criação da Comissão da Profilaxia da tuberculose, junto da Direcção Geral da Assistência (Diário do Governo, 1928). Em 1931, foram reorganizados os serviços de combate à tuberculose, com a colaboração de Fernando Bissaya Barreto (Diário do Governo, 1931).

plano estratégico no combate a esta doença como uma vergonha nacional, incompatível com o anelado estatuto de Portugal como um país civilizado:

“Tem a SAÚDE vivido à parte deste momentoso assunto, mas é chegada a ocasião de vir a ocupar o seu lugar de combate em defesa da saúde das nossas classes trabalhadoras, dos nossos rurais, que desgraçadamente são vítimas desta maldita doença, que através dos séculos tem amarfanhado a alma humana. Portugal, país civilizado, que mercê das circunstâncias, ocupa um lugar preponderante e de justo destaque na vida mundial, não pode continuar desinteressado da solução, que este problema de saúde pública precisa e que, como em toda a parte, tem sido e continua a ser objecto de estudos, investigações e fabulosas despesas. Não podemos ser o único país que não cuida dos seus leprosos, que não defenda os seus habitantes sãos da possibilidade dum contágio, de todos o mais horripilante, o mais hediondo, o mais imundo e sujo...”

O seu apelo incitava, por um lado, à despistagem dos doentes de lepra e, por outro, ao seu tratamento no quadro de um modelo médico, rejeitando a representação religiosa da lepra como um castigo divino, contrapondo a pobreza e a insalubridade como causas para a doença (Barreto, 1938a: 3):

“Não podemos incorrer nos erros e falsas interpretações, cometidas pelos nossos antepassados, que criaram a estes pobres enfermos uma atmosfera de repugnância, de perigo, de desprezo ou melhor de perseguição, como se eles tivessem culpa da sua desgraça ou a tivessem criado à custa de faltas ou erros conscientes e voluntários. Não, a lepra não é um castigo dos deuses, nem pode constituir nos dias de hoje um estigma infamante, que se estenda até à própria família. A lepra tem de ser considerada um dos flagelos sociais, que merece ser combatido com energia, mas com coração, com caridade cristã.”

Bissaya Barreto idealizava um modelo assente no dispensário, um espaço público de atendimento médico que procederia ao despiste da doença, e num asilo-colónia que segregaria os doentes. A leprosaría por ele sonhada distinguia-se da medieval, que qualificava como uma prisão, idealizando ao contrário, uma comunidade aprazível e harmoniosa (Barreto, 1938b: 4):

“Não se suponha que queremos um Leprosário género Penitenciária (...) Queremos que o Leprosário seja uma ridente aldeia, alegre, cheia de higiene e até com uma certa beleza. Casas modestas, simples, mas com muito encanto, hortas, jardins, muitas árvores, muitas flores, muita



água, casa para divertimentos, estabelecimentos comerciais, oficinas, enfim um conjunto de circunstâncias, que façam esquecer aos doentes a sua desgraça e a sua miséria.”

A utopia biomédica de Bissaya Barreto ambicionava, por fim, que os doentes, ao invés de resistirem ao isolamento, o buscassem voluntariamente (Barreto, 1938c: 4):

“Queremos que os doentes fujam para o Leprosário, não queremos que os doentes fujam do Leprosário.”

Tendo em conta, por um lado o incipiente conhecimento científico sobre a doença na época (note-se que a formação em medicina não incluía a leprologia, resultando em diagnósticos muito tardios, quando não na atribuição da sintomatologia da lepra a outras doenças, cujo corolário era a progressão extremamente danosa e incapacitante da doença) e, por outro a sua incidência relativa no país (Silva, 1962b e 1967), o alerta de Bissaya Barreto produziu um regime de verdade, ou seja, “domínios de objectos e rituais de verdade” (Foucault, 1977a: 194), delineando um campo para a construção de um saber, em sincronia com o exercício do poder. Ao focar o olhar nos doentes de lepra, estruturalmente invisíveis enquanto doentes de difícil diagnóstico médico, Bissaya Barreto conferiu-lhes visibilidade, fabricando uma categoria de indivíduos até então por nomear e um problema de saúde pública que permanecia por enfrentar.

Na verdade, não terá sido tanto a existência de um elevado grau de endemicidade a suscitar a disponibilização de fundos para a construção de um projecto de grande envergadura, como era o caso do Hospital-Colónia Rovisco Pais mas, sobretudo, o carácter da enfermidade em si, como atesta o enunciado legislativo, publicado no *Diário do Governo* (1947: 1496):

“Não se pode dizer que haja um problema de lepra em Portugal; mas dispersos pelo País, existem algumas escassas centenas de leprosos para que é preciso olhar. Justamente por ser pequeno o número dos doentes é que se impõe a intensificação da luta contra a terrível doença até ao extermínio.”

A lepra assomava, assim, como uma *doença residual de atraso civilizacional* que não cabia num Portugal que se queria civilizado, e que se imaginava, especialmente, como uma

potência imperial. Por conseguinte, a lepra insinuava-se, não somente como uma doença, mas também enquanto ideia que marcava as fronteiras da modernidade e da civilização.

Foi, precisamente, através de um argumento civilizador que Bissaya Barreto (1939 e 1940) instigou o Estado à implementação de medidas sanitárias, que desembocaram na criação do Hospital-Colónia Rovisco Pais:

“Não é só por a Lepra ser uma doença social tipo, que, como o impaludismo e a sífilis, é um factor de despopulação e de abastardamento da Raça, mas ainda porque a falta de organização anti-leprosa é considerada como prova de atraso social, é apanágio degradante e exclusivo dos povos bárbaros e das Nações incultas e semi-civilizadas.” (Barreto, 1939: 12).

“Na verdade, Portugal é o País da Europa que tem mais leprosos e o único País do Mundo Civilizado que não tem uma Leprosaria. Pode afirmar-se, sem receio de contestação, que se trata de uma vergonha nacional e que a todos, Portugueses e Estrangeiros, merece a maior repulsa.” (Barreto, 1940: 17).

Em 1938, foi, finalmente, decretada a projecção e a construção de raiz de uma Leprosaria Nacional, para o que foram disponibilizados os fundos oriundos da herança legada por José de Rovisco Pais aos Hospitais Civis de Lisboa. Nomeou-se, então, uma Comissão de Obras e uma Comissão Instaladora, presididas por Bissaya Barreto, para o estudo da localização e do projecto arquitectónico da leprosaria, bem como do modelo profilático e terapêutico a implementar. O modelo que veio a ser desenvolvido estava em concordância com as orientações que guiavam a leprologia desse período, remetendo para as resoluções lançadas na Primeira Conferência Internacional sobre Lepra, em 1897, discutidas e actualizadas em conferências subsequentes (Santos, 1967).

A utopia biomédica de Bissaya Barreto inspirava-se, assim, na representação moderna da lepra, tal como vinha sendo urdida desde a segunda metade do século XIX, e que a desenhava como uma doença íntima da pobreza e do atraso civilizacional. Em conformidade, o seu projecto profilático e terapêutico regia-se pelos critérios científicos da leprologia moderna. Neste sentido, o programa de combate à lepra instaurado em Portugal, assumiu um claro progressismo científico, numa inequívoca articulação com espaços de investigação externos, sobretudo com lugar entre os países centrais.

Indubitavelmente, o anelo de Bissaya Barreto dirigia-se à edificação de uma leprosaria de tipo moderno, tal como fora erigido em países como os Estados Unidos da América, o

Brasil ou a Inglaterra. As poucas referências a leprosarias e à investigação científica desenvolvida em contexto colonial atestam isso mesmo.<sup>36</sup> A aproximação à leprologia produzida nos países centrais, sugere que este era um projecto com uma ambição civilizacional, que aliava uma intervenção sanitária na saúde pública a objectivos políticos de regeneração do tecido social. A construção, em Portugal, de uma leprosaria de tipo moderno, pincelava a modernidade no espelho identitário, atestando, com isso, as competências científicas do país a par com o investimento estatal nas obras públicas de carácter estrutural (característico dos regimes fascistas), ao mesmo tempo que apagava da imagem nacional a perniciosa mancha de lepra.

Leprosarias como Carville, fundada em 1894, nos Estados Unidos da América, ou as que integravam o modelo de São Paulo, estruturado no Brasil a partir da década de 1920, e cuja referência central era a colónia de Santo Ângelo (Araújo, 1956; Monteiro, 2003) ou, ainda, a leprosaria de Fontilles, inaugurada em 1909, em Espanha, representaram espaços importantes de referência organizacional e de permuta científica. Manuel Santos Silva, o primeiro director clínico do Hospital-Colónia Rovisco Pais, realizou uma série de viagens, prévias e posteriores à sua construção, que incluíram a visita a leprosarias no Brasil, a Carville, e a participação em congressos internacionais de leprologia (Santos, 1970).

Na verdade, alguns dos elementos constitutivos da leprosaria de Carville, foram reproduzidos em diversas colónias para doentes de lepra, entre as quais o Hospital-Colónia Rovisco Pais. Destaco, aqui, os pavilhões que ficaram celebrizados sob o nome “carvilles” (constituídos por camaratas para doentes solteiros), as casas para casais, os mecanismos de controle e de vigilância internos (como a existência de uma prisão no seu interior), as infra-estruturas de carácter lúdico (cinema, livraria, bar, campo de futebol) ou o jornal produzido pelos internados, *The Star* (Gaudet, 2004; Gould, 2005; White, 2003).

A organização profilática de São Paulo, constituída pela “trindade da colónia de leprosos, dispensário e centro de prevenção” (Monteiro, 2003: 104), à qual se associavam um serviço de brigadas móveis e o registo obrigatório dos doentes e dos comunicantes, bem como a segregação interna na leprosaria, entre sexos, por um lado, e entre doentes e sãos, por

---

<sup>36</sup> Das poucas referências à profilaxia e terapêutica da lepra nas antigas colónias portuguesas, destaco, aqui, a seguinte (Silva, 1967: 32-33): “Nas Províncias Ultramarinas – onde a lepra é benigna [forma tuberculóide] mas com índices de prevalência mais elevados – o combate que se lhe move decorre em moldes similares, conquanto adaptados àquelas latitudes e suas gentes. Porém, todas as actividades são orientadas pela Direcção dos Serviços de Saúde do Ministério do Ultramar, e chefiadas por médicos que fizeram a sua preparação principalmente no Hospital Rovisco Pais e em Lisboa (Instituto de Medicina Tropical). Os programas de actuação e os triunfos já alcançados criaram-lhes a justificada reputação de serem dos melhores entre os seus congéneres.”

outro, constituiu-se numa referência fundamental para o desenho do projecto profilático português.

Com a leprosaria de Fontilles, cuja fundação, ao contrário das leprosarias anteriormente citadas, não era estatal, mas de iniciativa privada religiosa (Bernabeu e Ballester, 2004), foi desenvolvido um intercâmbio científico regular, através da permuta de estagiários e de médicos, das chamadas conversações luso-espanholas, e da organização conjunta de cursos internacionais de leprologia.

Esta articulação permanente com espaços científicos transnacionais estimulava, igualmente, visitas frequentes ao Hospital-Colónia Rovisco Pais de leprólogos estrangeiros influentes, como é o caso do brasileiro Héraclides César de Souza Araújo ou do francês Roland Chaussinaud, inculcando grande dinamismo à leprologia portuguesa e progressismo científico às suas práticas terapêuticas.

Foi assim que, por ocasião da inauguração do Hospital-Colónia Rovisco Pais, Portugal abandonou a humilhação que lhe provocava a lepra e apresentou-se, orgulhosamente, como a nação que produzira a (*Diário de Notícias*, 8-09-1947: 1):

“... maior leprosaria na Península e uma das mais notáveis da Europa (...) graças à qual se poderá resolver, dentro de vinte anos, o problema da lepra em Portugal.”

Amplamente divulgado na imprensa regional e nacional, o Hospital-Colónia foi apresentado como uma obra ao serviço da Revolução Nacional. Na sua inauguração constaram figuras proeminentes do Estado Novo. O Hospital-Colónia servia, também assim, como um dispositivo propagandístico. Embora admitindo a baixa prevalência da lepra em Portugal, atribuindo-a, sobretudo, às regiões tropicais, noticiou-se, profusamente, o combate de cariz moderno e científico, mas também caritativo, que ora se iniciava contra essa “mancha” de lepra na paisagem nacional, como foi publicitado no *Notícias de Portugal – Boletim Semanal do Secretariado Nacional de Informação* em 24 de Abril de 1948:<sup>37</sup>

“A caminho da extinção da lepra em Portugal. Dentro de vinte anos não haverá leprosos em Portugal.”

---

<sup>37</sup> A notícia referida consta do dossier de imprensa do antigo Hospital-Colónia Rovisco Pais, presente na biblioteca do CMRRC-RP. Na catalogação desse dossier não se encontra no respectivo número de página. Todas as tentativas feitas para consultar este número do boletim publicado pelo SNI foram infrutíferas, de modo que não é possível fazer a referência completa da notícia em questão. Todavia, dado o interesse desta referência, pelo seu conteúdo e pela origem da fonte a que se reporta, optou-se por, apesar das apontadas condições insatisfatórias, apresentá-la nesta dissertação.

Antes de explanar o modelo organizacional que delineou o Hospital-Colónia Rovisco Pais, registo a última frase citada, que anuncia, não o fim da lepra, mas a almejada inexistência de “leprosos” em Portugal. No Hospital-Colónia Rovisco Pais, operava-se, portanto, a erradicação da lepra, através do exílio obrigatório daqueles que a alojavam nos seus corpos. Como enunciava Bissaya Barreto (1938d e 1942):

“Colocamos o Bem da colectividade acima do Bem individual;” (Barreto, 1938d: 4)

“Se o leproso é o único ser capaz de transmitir a lepra, que fazer ao leproso? Pô-lo fora do convívio dos sãos para que não possam ser contagiados.” (Barreto, 1942: 11)

#### **4.3. A criação duma comunidade asséptica para conter uma doença impura**

Em Outubro de 1947, Portugal viu nascer a Leprosaria Nacional, de nome Hospital-Colónia Rovisco Pais, concebida para colmatar a lacuna estrutural no tratamento, profilaxia e estudo da lepra, tendo por base um modelo de internamento compulsivo dos doentes contagiosos e de tratamento em regime ambulatorio dos doentes não contagiosos, isolando e segregando os primeiros, com vista à contenção da doença.

A Leprosaria Nacional encontrava-se sob a égide do Ministério do Interior e dependia técnica e administrativamente dos Hospitais Cívicos de Lisboa. Ao recém-criado Instituto de Assistência aos Leprosos cabia a orientação, a coordenação e a fiscalização dos serviços de profilaxia e de tratamento da lepra. A este Instituto competia, ainda, desenvolver investigação científica, a par de tarefas de divulgação clínica e profilática. No mesmo Instituto, constava uma ficha sanitária obrigatória para cada doente de lepra. Em conformidade, as admissões e altas do Hospital-Colónia, com a respectiva indicação do lugar de residência e dos indivíduos comunicantes, eram obrigatoriamente participadas ao Instituto, ao que, este, por sua vez, comunicava a situação sanitária do indivíduo em causa ao delegado de saúde do distrito correspondente. A luta contra a lepra era, deste modo, objecto de uma centralização e de uma organização sistemática, que permitiam mapear e controlar, com rigor, a enfermidade no país.

A legislação então elaborada, com vista à centralização das linhas orientadoras para a profilaxia e tratamento da lepra, tinha um carácter marcadamente anti-contagionista. Como tal, adquiriu contornos proibicionistas e autoritários, restringindo, fortemente, os direitos civis

dos doentes de lepra, sobrepondo-lhes a preservação da saúde pública. Além do, já referido, internamento compulsivo dos doentes contagiosos, vale a pena destacar a adopção de medidas tais como: a notificação compulsiva dos casos de lepra ao delegado de saúde ou subdelegado de saúde da respectiva área sob pena de multa; a vigilância sanitária dos casos clinicamente curados e dos casos considerados “suspeitos”; a retirada aos enfermos dos filhos são e dos recém-nascidos após o parto; a concessão do divórcio em caso de diagnóstico de lepra a um dos cônjuges; a desinfecção obrigatória das casas; a proibição do exercício de profissão ou actividade que oferecesse perigo de contágio; a proibição de circulação da moeda nacional nos estabelecimentos de internamento para lepra; a proibição da entrada e da permanência, no país, de indivíduos estrangeiros com a doença (*Diário do Governo*, 1947).

Em verdade, os termos ordem e disciplina atravessavam este quadro legislativo, servindo como conceitos matriciais para o programa de eliminação da lepra do país (*Diário do Governo*, 1938 e 1947). Ordem e disciplina transpostas, analogamente, para o modelo organizativo gizado para o Hospital-Colónia, onde às funções da clínica e da investigação epidemiológica, atribuídas ao director clínico, se juntava a guarda dos internados, competindo-lhe (*Diário do Governo*, 1947: 754-755):

“Adoptar as medidas que entender necessárias para manter a ordem e a disciplina entre os doentes e para que o seu isolamento seja efectivo, aplicando-lhe as sanções adequadas à gravidade das suas faltas e à necessidade de evitar o perigo de contágio.”

A jurisdição biomédica sobre o corpo enfermo de lepra era, assim, matizada com uma jurisdição política, de declive repressivo, sobre o corpo social. Esta imbricação insinuou-se em toda a acção médica e assistencialista levada a cabo no Hospital-Colónia, no qual as fronteiras entre a regeneração biomédica do corpo doente e a regeneração moral do corpo social se tornaram difusas e de difícil demarcação.

A intervenção profilática e terapêutica adjudicada ao Hospital-Colónia alicerçava-se em três dispositivos centrais: o asilo-colónia, o dispensário central e as brigadas móveis.

O primeiro, compunha-se de um asilo para os doentes em que o pernicioso avanço da doença produzira já sequelas incapacitantes, estes designados, segundo a terminologia vernácula, de “doentes inválidos”, e de uma colónia agrícola para os doentes, solteiros ou casais, aptos para o trabalho, denominados “doentes válidos”.

A disposição interna do Hospital-Colónia remetia, assim, não apenas para uma clausura forçada, mas também para um espaço de residência, que encerrava no seu interior todas as

actividades quotidianas dos indivíduos internados, sob uma organização minuciosa e hierarquicamente estabelecida. Goffman (1961: XIII) definiu este modelo sob o conceito de instituição total:

“Uma instituição total pode ser definida como um lugar de residência e de trabalho onde um grande número de indivíduos, que partilham uma mesma situação, separados da sociedade por um período considerável de tempo, levam em comum uma vida segregada e formalmente administrada.”

Segundo o autor, este modelo institucional reúne um conjunto de características, também verificadas no Hospital-Colónia (Goffman, 1961: 6):

“Primeiro, todos os aspectos da vida são conduzidos no mesmo lugar e sob a mesma e única autoridade. Segundo, cada fase da actividade diária de um membro é realizada na companhia imediata de um grande número de outros membros. Terceiro, todas as fases das actividades diárias são apertadamente escalonadas, com uma actividade a desembocar num tempo predefinido na seguinte, sendo toda a sequência de actividades imposta de cima por um sistema formal de regras explícitas e por um corpo de funcionários. Finalmente, as várias actividades forçadas integram um único plano racional especificamente criado para cumprir os objectivos oficiais da instituição.”

O internamento no Hospital-Colónia, além de implicar a admissão num espaço terapêutico, significava uma reformulação integral do quotidiano que, doravante, sofreria uma circunscrição física, delimitada pelas fronteiras da leprosaria, mas também uma restrição comportamental, estruturada segundo os critérios de uma administração vertical. Tal como afirma White (2003: 135) acerca de Carville:

“... as vidas dos pacientes fora dos muros do estabelecimento de tratamento tornavam-se irrelevantes, e a sua identidade passava a ser definida pela doença e pela residência no interior dos muros do estabelecimento.”

Conquanto as instituições totais pressuponham um encerramento sobre si mesmas, as suas matrizes substanciam-se, contudo, numa dialéctica permanente com o exterior. É precisamente ao se fecharem à sociedade que agem sobre ela. Ao confinarem os indivíduos que rasgam a tessitura social e ao promoverem a regeneração dos mesmos no seu interior,

estas instituições promovem objectivos políticos de regulação estatal. Neste sentido, a sua estruturação interna tem assento num modelo educativo dos sujeitos internados, que alia uma representação disciplinar dos mesmos, tida como explicação ontológica, aos valores e normas sancionados pela ideologia política vigente (Goffman, 1961).

Os doentes de lepra eram identificados com a pobreza, com a ignorância e com a ruralidade, em síntese, com a precariedade de condições de vida favoráveis a uma impureza patogénica e resultantes de um atraso estrutural. Ora, a escultura do Hospital-Colónia moldou-se segundo essa mesma representação da lepra.

A maioria dos doentes provinha, efectivamente, de meios rurais e carenciados, com baixo nível de alfabetização, como está patente no retrato sócio-económico dos mesmos, descrito no arquivo do Hospital-Colónia. O que não equivale à não ocorrência da doença noutros estratos sociais. A diferenciação de classe verificava-se, sobretudo, na distinção entre o internamento compulsivo dos indivíduos das classes populares e no acompanhamento em regime ambulatorio de indivíduos que, embora em fase contagiante, por deterem maior capital económico e político, recebiam um tratamento confidencial personalizado, por vezes ministrado pelo próprio director clínico, como pude verificar no decurso da pesquisa documental.

Note-se que esta distinção não era exclusiva do Hospital-Colónia. Segundo Carapinheiro (1993: 31-32) seria, pelo contrário, transversal à instituição hospitalar durante o período em causa:

“Com o fim de atrair as classes médias e superiores ao hospital, mas ao mesmo tempo eximi-las do contacto com as classes sociais que sempre foram as suas clientelas tradicionais, propõem-se regras de ordenamento espacial dos doentes, que garantam a sua segregação física (...) Se de mais nenhum elemento dispuséssemos para revelar como a ordem social dos hospitais reproduz a ordem social dominante, este mostra, de forma inequívoca, o compromisso da lógica organizacional com a lógica classicista da sociedade portuguesa nos anos 50.”

A admissão no Hospital-Colónia era acompanhada por uma declaração do subdelegado de saúde da região, que atestava que tal mulher era “leprosa” e que tal homem era “leproso”, bem como por um certificado de pobreza que garantia a assistência social, dada através do Instituto de Assistência aos Leprosos. Ambos os documentos atestam o baixo estatuto social atribuído aos doentes de lepra, o primeiro enunciando, sugestivamente, a lepra mais do que



como uma doença, sobretudo como um marcador identitário, e o segundo denunciando o carácter caritativo da acção social imbricada no projecto terapêutico.

A associação entre a lepra e a pobreza suscitava, assim, que os sujeitos enfermos fossem constituídos num objecto duplo, para a acção combinada entre a biomedicina e o assistencialismo de feição educativa. Por esta via, não era, apenas, a impureza situada no corpo assolado pela doença que se combatia, mas, de igual modo, a impureza social decorrente da improbidade sanitária e moral do corpo público.

O modelo educativo apontado desenhava-se na configuração espacial e organizativa do Hospital-Colónia, erguido na vila costeira da Tocha, concelho de Cantanhede, numa propriedade agrícola com cerca de 140 hectares, constituída pela herdade da Fonte Quente (anterior pertença dos Frades Crúzios de Santa Cruz de Coimbra da Ordem de Santo Agostinho), com 122 hectares, e mais duas pequenas propriedades contíguas.

Vários factores contribuíram para a escolha desta localização geográfica, designadamente a alta prevalência da doença na região centro do país, o isolamento face a aglomerados populacionais, e as condições do clima e do solo, consideradas fundamentais, quer para a terapêutica da lepra, quer para o desenvolvimento de actividades agrícolas (Silva, 1962b; Barreto, 1938a).

Entre as características climatéricas privilegiadas pelo paradigma da leprologia na época, constavam a protecção dos ventos dominantes, a temperatura amena, a insolação regular com uma luminosidade moderada e a proximidade do mar (ver Barreto, 1938c: 5). Quanto às características geológicas, estas correspondiam ao projecto de uma colónia agrícola fértil e harmoniosa, idealizado por Bissaya Barreto (1938e: 7):

“As suas formosíssimas lagoas, os canais, que dela partem, sulcando e irrigando os campos, a extensa mata, os terrenos de cultura tão facilmente aproveitáveis, em parte, para parques, jardins e hortas-jardins que permitem criar um ambiente de maravilha para os infelizes Leprosos.”

Também a dimensão da propriedade configurava um aspecto determinante, sujeito a critérios de ordem profilática. De acordo com as orientações dadas pela leprologia, a cada doente deveriam corresponder cerca de 2 000 metros quadrados de extensão (ver Barreto, 1938d: 3).

O projecto arquitectónico coube ao Arquitecto Carlos Ramos (1897-1969), um dos mais destacados arquitectos portugueses da época no domínio hospitalar (Coutinho, 2001). Pensado para confinar cerca de 1 000 doentes, 600 “válidos” e 400 “inválidos”, este projecto espelhava

o modelo ambicionado, que aliava o tratamento da lepra à investigação epidemiológica e à fundação de uma comunidade auto-suficiente. O seu desenho conjugava o modelo modernista de arquitectura hospitalar, cujas preocupações funcionais remetem para a salubridade e para a profilaxia (Providência, 2000), com o estilo revivalista celebrado pelo regime (Bandeirinha, 1996).<sup>38</sup> O único edifício originário, o antigo convento dos Frades Crúzios (cf. Figura 2 em anexo), serviu como protótipo para a traça dos edifícios.

O complexo hospitalar compunha-se, assim, de: um hospital central (cf. Figura 3 em anexo) com quatro serviços de internamento, gabinetes de consulta médica, bloco operatório, um dispensário central (que comportava os serviços de inquérito, consulta e acção social), um laboratório de análises clínicas (altamente sofisticado e especializado no diagnóstico da lepra), um laboratório de anatomia patológica e uma farmácia; dois pavilhões de grande dimensão que albergavam doentes aptos para o trabalho; dois asilos (cf. Figura 4 em anexo) destinados a acolher doentes incapacitados; seis pavilhões, de menor dimensão, denominados casas de trabalhadores (cf. Figura 5 em anexo); cinco núcleos familiares (cf. Figura 6 em anexo) (que integravam um conjunto de casas geminadas, cada uma alojando uma unidade familiar com cerca de três indivíduos, e que incluíam um pequeno jardim e uma horta); uma lavandaria (cf. Figura 7 em anexo), oficinas (cf. Figura 8 em anexo) e cozinha (cf. Figura 9 em anexo); um pavilhão (o último a ser construído e sem um duplo simétrico) que servia para acolher internados com outras afecções contagiosas como a tuberculose ou com patologias do foro psíquico, além de confinar os internados que transgrediam as normas de funcionamento interno, no lugar físico e simbólico a que a administração dava o nome de “isolamento”.

O “isolamento” correspondia a um espaço exíguo, supervisionado por um grupo da Guarda Nacional Republicana, cujas janelas, afastadas do ângulo de visão dos internados, se encontravam gradeadas. Como punição para o não cumprimento do regulamento interno, os internados eram aí enclausurados, por períodos de tempo que iam de um aos cento e vinte dias. Ao contrário de outras instituições fechadas estado-novistas (ver Bastos, 1997), a violência física não era exercida no Hospital-Colónia como medida punitiva, para o que terá contribuído a ideologia humanista de Bissaya Barreto, mas também a ideia de contaminação imputada à lepra, que transfigura o doente num sujeito intocável.

---

<sup>38</sup> Não foi até à data realizado nenhum estudo sobre a arquitectura do Hospital-Colónia Rovisco Pais. Fundamentais para uma compreensão das diferentes dimensões ideológicas em causa, foram o trabalho de Providência (2000) sobre a arquitectura hospitalar modernista, e o de Bandeirinha (1996) sobre a tensão entre modernismo e tradição na obra de Bissaya Barreto. Para a identificação, no espaço, dos elementos sumariados, foi de valor inestimável o olhar profundamente experiente e conhecedor do Arquitecto Nuno Teotónio Pereira.

Foi, ainda, alteada uma capela (cf. Figura 10 em anexo), cujo desenho idiossincrático transparecia a singularidade da condição dos internados, exibindo duas naves que separavam os sexos e um muro interior que segregava os doentes dos não doentes (cf. Figura 11 em anexo).

A segregação, como mecanismo inextrincável associado à lepra, delineou uma fronteira entre a comunidade do Hospital-Colónia e o mundo exterior, desenhada, empírica e simbolicamente, por uma sebe espinhosa que circundava o seu perímetro. Porém, a ordenação por via da fragmentação e da decorrente separação, foi igualmente cravada no interior da leprosaria, como no caso do dispositivo arquitectónico introduzido na capela, que remetia para uma das antinomias estruturantes da vida no Hospital-Colónia, a que opunha doentes e funcionários, relacionada esta, por sua vez, com as raízes mais fundas da separação entre os sujeitos infectados pela lepra dos não infectados.

Assim, foi demarcada uma “zona doente” de uma “zona sã”, a primeira constituída pelas áreas de residência e de trabalho dos internados, e a segunda pelas habitações dos funcionários (originalmente estabelecidos no núcleo familiar mais remoto do Hospital-Colónia e posteriormente transferidos para um bairro construído, para esse fim, nas suas imediações) e pela sede administrativa. Insinuando-se nas diversas escalas do lugar, esta cisão estendia-se aos objectos, como a louça, os têxteis ou o papel.

Era, contudo, um eixo central, orientado de nascente para poente, e que unia o hospital central, a capela e o antigo convento dos Frades Crúzios, que emergia como a fronteira mais saliente. Esta “linha assexuada”, como lhe chamou Bissaya Barreto (1949: 97), reflectia um dos traços mais significativos da organização interna do Hospital-Colónia, separando, simetricamente, o espaço destinado às mulheres do espaço destinado aos homens.

Efectivamente, a sociabilidade entre os sexos não estava apenas expressamente proibida, como era, também, severamente punida, nomeadamente com penas na prisão interna. Esta proibição era atribuída à necessidade de manutenção da ordem e da moral, num colectivo com um “baixo nível cívico”, tal como afirmava o primeiro director clínico Manuel Santos Silva (1953: 53-54), cuja passagem pelo Hospital-Colónia deixou uma marca indelével na história desta instituição:

“É que – além da extensa área em que os doentes se movimentam, da dispersão e grandes distâncias que separam os variados pavilhões e bairros familiares, dos múltiplos esconderijos, matas e um conjunto de outras circunstâncias que facilitam abusos de várias naturezas – temos de considerar a vida folgada que levam os internados e ainda a noção neles bem arreigada de

que se encontram num meio próprio e único, que aproveitam, a todo o transe, para os seus devaneios ou pretensões amorosas, as quais não lograriam êxito fora do Hospital. Por tudo isto e não obstante a Colónia estar dividida em duas zonas, distintas para cada um dos sexos, há que adoptar permanentes medidas de vigilância, para não cairmos em situações incompatíveis com as exigências mínimas dos bons costumes e da moral, pois que – sendo muito baixo o nível cívico de quase toda a população do Hospital e não havendo o recurso de expulsar os mal comportados ou delinquentes, nem a possibilidade de repelir aqueles que nos enviam sob prisão ou condenados pelos tribunais – as suas faltas aumentariam na medida em que não fossem contrariadas ou reprimidas.”

Sem dúvida, a apologia de uma moral conservadora, de inspiração católica, influía grandemente na regulação da vida social no interior do Hospital-Colónia, como seria de esperar, aliás, no contexto da sociedade portuguesa de então, onde a separação entre sexos organizava diversos espaços públicos. Todavia, não é de excluir a existência de uma oposição informal, por parte da administração, à reprodução sexual dos internados.<sup>39</sup> Muito embora não tenham existido medidas preventivas, como aquelas que foram implementadas em algumas leprosarias no Brasil e que incluíam a esterilização dos doentes (ver Maciel, Oliveira, Gallo e Damasco: 2003: 325), nem sequer a ponderação das mesmas nas posições públicas assumidas pelos protagonistas directivos do Hospital-Colónia, e, não obstante a premissa da não hereditariedade da doença ser consensual entre os leprólogos portugueses, a procriação era, efectivamente, desencorajada no quotidiano do Hospital-Colónia, quer através do dispositivo referido e da punição severa da sua transgressão, quer no aconselhamento, de carácter informal, que era prestado aos doentes pelos funcionários.

A sociabilidade entre os sexos era permitida, em exclusivo, nos núcleos familiares. Aí promovia-se, em torno, o ideário moralizante da modesta e ordeira casa portuguesa, patrocinado pela ideologia estado-novista, na sua apologia da família como cédula da sociedade. Como explica Leal (2000: 135) a casa portuguesa materializava uma visão pastoralista do povo português:

“Incidindo sobre a casa e os seus elementos componentes, a ideologia pastoral e esteticizante subjacente à casa portuguesa enquanto realidade etnográfica desdobra-se por fim numa visão do «povo» marcada ela própria por estereótipos amáveis e saturados de uma rusticidade virtuosa. Na sua feliz integração na paisagem, nas suas proporções adequadas, nos seus pormenores

---

<sup>39</sup> Não eram invulgares as teses que faziam a defesa da proibição do casamento entre doentes de lepra como estratégia para a erradicação da doença. Veja-se, como exemplo, a de Palhavã (1923).

decorativos, a casa portuguesa seria um reflexo arquitectónico de valores espontaneamente presentes na «maneira de ser» (...) das camadas populares como a robustez, a sobriedade, a dignidade, a modéstia, a amabilidade, o contentamento, etc...”

Segundo Goffman (ver 1961: 12) existe uma relação excludente entre o paradigma das “instituições totais” (Goffman, 1961: XIII) e a família, dada a possível resistência que a segunda pode constituir para a acção das primeiras. No Hospital-Colónia o constrangimento das relações familiares, recaía mais na constituição de novas ligações e menos sobre famílias já compostas. Ao contrário, as últimas eram investidas de um reforço moralizante, em acordo com a ideologia política em vigor que, como explica Bastos (1997: 157), elegia a família como veículo de regeneração da nação:

“Instituição divina, misto de santuário e de escola, «espelho» ou «resumo» da pátria, «depositária de todas as virtudes», factor da sua continuidade e estabilidade no tempo, e fonte da sua regeneração, a família não se discutia. Esta instituição familiar inquestionável, note-se, correspondia única e exclusivamente à família nuclear, constituída pelo casamento cristão, monogâmico e indissolúvel (...) para além de lhe inculcar uma única forma (...) definia também a sua organização como naturalmente hierarquizada, com diferenciação clara dos vários papéis familiares, impondo padrões rígidos às dinâmicas relacionais internas e externas da célula básica do corpo social.”

Dado que a família era, neste período, um importante vector para a regulação social, a mesma não se afigurava como uma ameaça à ordem no Hospital-Colónia. Era, antes, o contágio que rasgava o ideário da família nuclear estado-novista, instigando uma profilaxia autoritária que a desagregava, como é o caso da concessão do divórcio em caso de diagnóstico de lepra a um dos cônjuges (obstando à estipulada indissolubilidade do matrimónio), ou a separação entre pais enfermos de lepra e filhos sãos.

No que respeita aos últimos, foram criados, a cerca de dois quilómetros do Hospital-Colónia, uma creche e um preventório, para onde eram encaminhados os filhos dos doentes e os bebés que nasciam no Hospital-Colónia, imediatamente após o parto. As visitas destas crianças aos pais eram realizadas, periodicamente, num espaço construído para esse efeito, chamado lucotório, que separava filhos e pais, por meio de vidros duplos, com aberturas assimétricas, que permitiam a passagem do som, impossibilitando, simultaneamente, qualquer contacto físico.

Refira-se que, para os filhos dos internados, o projecto assistencialista de Bissaya Barreto criou, ainda, a Escola Agrícola de Semide e a Casa de Cantanhede, com vista à sua formação profissional após a saída do preventório.

De facto, pese embora a sua vertente autoritária, a concepção do Hospital-Colónia visava prover os doentes nele internados de condições de habitabilidade em muito superiores às que existiam na maioria do território português. Exemplo disso é o abastecimento de luz eléctrica, a construção de redes de abastecimento de água, de saneamento básico e de comunicações internas (estradas e telefone).

Em semelhança, foram construídas infra-estruturas de carácter lúdico como o campo de futebol ou o cinema ao ar livre. No âmbito do que era designado por ludoterapia, desenvolviam-se actividades recreativas como campeonatos de futebol (cf. Figura 12 em anexo), projecção cinematográfica, espectáculos organizados pelos internados e outros realizados por artistas nacionais que visitavam o Hospital-Colónia ou, ainda, a constituição de associações religiosas, de grupos de canto, de dança, de costura e de bordados. Foram, também, criados lugares de entretenimento como bibliotecas ou o bar dos internados, na esteira daquele que existia na leprosaria de Fontilles, cuja gestão cabia aos próprios internados e que se destinava a um uso exclusivamente masculino. Foram, ainda, desenvolvidos espaços de reflexão e de escrita como o jornal dos internados *A Luz*. Eram, igualmente, fomentadas actividades colectivas, como procissões religiosas profusamente celebradas, ou concursos de jardins e de presépios entre os diferentes pavilhões.

Com efeito, a utopia de uma comunidade disciplinada e sã era matizada pela inflexão na harmonia, numa visão que buscava dissipar o conflito inerente ao internamento compulsivo. Porventura seriam as idas, nos domingos de Verão, à vasta lagoa (cf. Figura 13 em anexo) existente na área do Hospital-Colónia, naquele que era um momento de atenuamento das proibições que lavravam o quotidiano, que melhor representavam a promoção de uma comunidade que, embora segregada do mundo, pretendia ser internamente sustentada e agregada.

O próprio semblante da leprosaria, procurava reproduzir o sonho político de Bissaya Barreto, bosquejando uma comunidade aprazível, em comunhão harmoniosa com os elementos naturais circundantes. Assim, espaços agrícolas e jardins luxuriantes rodeavam os edifícios. Os últimos eram objecto de cuidados permanentes pelos internados, constituindo-se num dos atributos de maior valor para a projecção do Hospital-Colónia no exterior. A qualidade estética destes espaços motivava a visita de grupos excursionistas que ali afluíam para admirar os jardins. Ainda que estas incursões não incluíssem a interacção com os

internados, para os últimos aquelas amenizavam o seu isolamento e, sobretudo, constituíam-se num factor valorativo que contrariava a negatividade da sua condição identitária.

Mas a esteticização do espaço do Hospital-Colónia constituía, principalmente, um elemento central para a intervenção biomédica e política que se levava a cabo. Por um lado, a medicina social de Bissaya Barreto inspirava-se numa filosofia naturalista que identificava a saúde com uma educação ao mesmo tempo física e moral e, por outro, o investimento paisagístico reflectia a apologia estado-novista da ruralidade. Essa “rusticidade virtuosa” de que fala Leal (2000: 135), remete para uma representação oligárquica da robustez física, da modéstia e da amabilidade, como qualidades de um povo simples e bom, como transparece no discurso de Pedro Teotónio Pereira (2006: 363):

“... há que distinguir entre o assalariado do campo e o das cidades – o chamado proletário. O primeiro apresenta, ainda hoje, certas características que resultam a seu favor, como a sobriedade, a vida simples e a possibilidade, em certas regiões muito viável, de completar uma existência de trabalho, amanhando nos momentos livres um palmo de terra própria. Esta conformidade do homem do campo com o seu meio natural é o que explica a sua relativa felicidade no meio duma humanidade tão desorientada e tão insatisfeita.”

A reinserção virtuosa na natureza, através do trabalho rural, constituía uma estratégia regeneradora central para o modelo institucional estado-novista (Bastos, 1997: 298):

“Retomando aquela directriz do salazarismo que fazia a apologia do regresso ao campo e o elogio da família aldeã, os discursos do internador (produzidos para o exterior) explicavam a suposta eficácia do trabalho rural no renascimento moral dos albergados, mesmo dos mais incorrigíveis, como uma resultante da sua descoberta apaixonada dos encantos e mistérios da terra-mãe, da felicidade ao ar livre em intimidade com a natureza, do reencontro com as suas raízes mais profundas de filhos dedicados à matriz original...”

A exploração agrícola era, claramente, a matriz de um projecto cogitado para conter uma população maioritariamente rural. Em conformidade, as enormes distâncias entre os diferentes pavilhões e núcleos familiares, a par da proibição de uma circulação livre entre os mesmos (restringindo os movimentos dos internados às respectivas áreas de residência e de trabalho), promoviam um quotidiano campesino.

A aliança entre o higienismo científico da intervenção biomédica e a ideologia ruralista do paternalismo autoritário do regime, idealizava o Hospital-Colónia como uma comunidade

asséptica, preenchida por um quotidiano coeso, uma verdadeira “aldeia da saúde”, nas palavras de Bissaya Barreto (1939: 13):

“E digo moderno, porque o Leprosário não será uma prisão, uma penitenciária, onde para defesa da Sociedade, sejam enclausurados os Leprosos. Não. Será antes uma casa de cura, de tratamento, uma «Colónia Agrícola», uma Aldeia de Saúde, onde o leproso se há-de sentir bem tratado e para onde fugirá no desejo de se tratar ou mesmo curar.”

O Hospital-Colónia acolhia, assim, uma intenção disciplinar, ligada ao conhecimento científico, e uma ideologia pastoralista, que emanava dos valores que sustentavam o regime estado-novista, designadamente a família, a religião e o trabalho, constituindo-se, simultaneamente, em hospital e em colónia agrícola.

Enquanto máquina de curar, abarcava a investigação epidemiológica, a análise laboratorial, a cirurgia e a farmácia. Incluía, ainda, diversas especialidades médicas como a cirurgia reconstrutiva, a fisioterapia, a obstetrícia, a psiquiatria, a oftalmologia, a estomatologia e a radiologia, algumas das quais, indiscutivelmente, de ponta, no Portugal de então, como é o caso da cirurgia reconstrutiva.

Também no que respeita à terapêutica da lepra, o Hospital-Colónia configurou um espaço de inovação no país. Inaugurado na década que viu surgir o primeiro tratamento eficaz para a lepra, acompanhou, de perto, a evolução das práticas clínicas na cura da lepra. No Quinto Congresso Internacional sobre Lepra, realizado em 1948, em Havana (Cuba), e no qual esteve presente Manuel Santos Silva, a eficácia das sulfonas no tratamento da lepra, descobertas pelo médico Guy H. Fauget, em Carville foi validada (Silva, 1962a). Após algumas dificuldades iniciais na importação da medicação sulfônica, em 1950 o abastecimento ficou definitivamente assegurado. Posteriormente, a terapêutica sulfônica foi disponibilizada gratuitamente, inclusive aos doentes não internados.

O Hospital-Colónia constituiu, igualmente, um centro de divulgação e de ensino determinante, destacando-se os cursos de leprologia anuais, a formação de pessoal especializado, as visitas de estudantes dos cursos de medicina, farmácia, de assistência social e de enfermagem, a realização de cursos e palestras em diversas regiões do país, e a publicação da revista de leprologia *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, lançada em 1962, sob o sugestivo lema “A lepra domina-se, o hanseniano reabilita-se” (cf. Figura 14 em anexo).



Enquanto espaço de residência para doentes de lepra, o Hospital-Colónia pretendia constituir uma comunidade auto-suficiente, sustentada pelo trabalho dos internados, organizados em brigadas de trabalhadores, que passo a enumerar: uma brigada de agropecuária; uma brigada de árvores (carroceiros, tratadores de gado, lavoura, rachadores de lenha); uma brigada de barbeiros; uma brigada de calceteiros; uma brigada de construção civil (pedreiros, caiadores, pintores, carpinteiros, canalizadores, electricistas); uma brigada de jardins (jardineiros, cantoneiros); uma brigada de sapateiros (cf. Figura 15 em anexo); a rouparia (costureiras, tecedeiras, colchoeiras, bordados, lavadeiras, compressas, ligaduras); serviços auxiliares (copas, refeitórios, limpezas); serviços especiais (professor da escola masculina, gerente do pavilhão de ludoterapia, professora da escola feminina, professora da escola de bordados, ajudantes de cegos, ajudantes de doentes “inválidos”, cozinheiras dos núcleos). Para o cumprimento das funções de secretariado respeitantes aos internados (nas quais vale a pena destacar a elaboração de um mapa diário do movimento geral daqueles, o inventário de todos os bens afectos à “zona doente”, a intermediação entre a direcção, o serviço social, a secretaria central e os próprios internados, o registo do serviço de ponto das brigadas e oficinas dos internados, a elaboração e envio à contabilidade das folhas de pagamento dos doentes, a distribuição domiciliária do correio dos internados, a contabilização do movimento do centro de ludoterapia), foi criada uma secretaria composta por cerca de vinte internados (cf. Figura 16 em anexo). Refira-se, ainda, a atribuição dos serviços e cuidados de enfermagem a alguns dos internados, uma vez que o Hospital-Colónia não dispunha de pessoal suficiente. Isto conduziu a que muitos adquirissem uma perfeita mestria nas práticas de enfermagem.

As brigadas e oficinas de internados funcionavam sob uma organização hierárquica, que correspondia às funções a desempenhar e às respectivas remunerações. Proibida que estava a circulação de dinheiro no interior do Hospital-Colónia, o salário era retido e entregue à família do internado ou ao próprio, por ocasião de licenças e de altas temporárias ou definitivas.

A distribuição dos internados pelas brigadas de trabalhadores carecia do acordo da direcção-clínica, que procurava garantir a concordância entre os ofícios e as prescrições da ergoterapia, isto é, a terapia através do trabalho. Com efeito, o trabalho impunha-se como uma necessidade, mas também como um elemento fundamental para o processo terapêutico, imbricando-se um no outro. Bissaya Barreto defendia a ergoterapia, visando, igualmente, a formação profissional para uma reinserção social após alta hospitalar definitiva. Todas as informações consideradas relevantes para o controle clínico dessas actividades, bem como os

elementos que permitiam verificar a produtividade, assiduidade e disciplina dos internados, eram registados nas “fichas de ergoterapia”.

Além da formação profissional, o projecto de reabilitação educativa incluía a alfabetização nas escolas curriculares e a aprendizagem de hábitos de higiene.

Por esta via, era obrado um cruzamento entre a sustentação da auto-suficiência, o processo terapêutico e um projecto de instrução cívica, escolar e profissional, que resultava nessa singular “aldeia da saúde” que pretendia ser o Hospital-Colónia.

Porém, a utopia biomédica de uma “aldeia da saúde” realizava-se mediante a disciplinarização minuciosa dos seus componentes, segundo uma gestão metódica, de tipo vertical. Como explica Goffman (1961: XIII), a organização interna de uma “instituição total” pressupõe um modelo racional que integre, de modo ordenado, todos os seus elementos. No Hospital-Colónia, a gestão da ordem cabia ao corpo de funcionários.

A existência de dois corpos, hierarquicamente distintos, no Hospital-Colónia, o dos internados e o dos funcionários, substanciava-se, empiricamente, na interdição do toque entre ambos. A presença invisível do inimigo *Mycobacterium leprae*, para cujo extermínio o Hospital-Colónia havia sido concebido, investia de uma intencionalidade combativa tanto as práticas clínicas quanto as redes de sociabilidade quotidianas. Face à impureza patogénica da doença que alojava, a esterilização era um procedimento transversal à vida na grande máquina de curar que era o Hospital-Colónia, abarcando o correio (não apenas o que saía mas, curiosamente, também, o que entrava), os documentos internos, a louça e o vestuário. Os próprios funcionários eram sujeitos a análises clínicas regulares.

A direcção do Hospital-Colónia era encabeçada por um administrador e por um director clínico. O corpo de funcionários compunha-se do pessoal técnico, constituído por médicos, enfermeiros e assistentes sociais, do pessoal administrativo e do pessoal auxiliar.

De particular importância foi a presença das Irmãs da Ordem de São Vicente de Paulo,<sup>40</sup> (cf. Figura 17 em anexo) a quem, devido à escassez de pessoal técnico e de serviço social no país, foram confiadas funções de enfermagem e de organização dos serviços de manutenção do hospital. Durante um longo período de tempo, estas religiosas, que chegavam às duas dezenas, foram a grande força motriz no quotidiano do Hospital-Colónia, quando laborava, então, um número muito baixo de enfermeiros.

---

<sup>40</sup> A Ordem de São Vicente de Paulo esteve ligada ao cuidado de doentes de lepra noutros contextos, como a leprosaria de Carville (Gould, 2005; White, 2003). A sua acção marcou presença em vários dos projectos assistencialistas de Bissaya Barreto (Goemare, 1952).

Com efeito, à falta de formação em enfermagem e assistência social, juntava-se o espectro do contágio como factor de dissuasão para o trabalho no Hospital-Colónia. O mesmo espectro que conduziu aqueles que aí trabalhavam, a identificar a sua profissão como de risco, e a reivindicar, em concomitância, a criação de um subsídio de risco que acabou por lhes ser auferido.

Para a manutenção da ordem, o Hospital-Colónia dispunha, ainda, de um grupo de guardas-civis, que patrulhavam todo o perímetro do complexo hospitalar.

Na verdade, a vigilância assumia-se como um mecanismo fundamental para a regulação de uma vida social que se queria sã e moralizada, insinuando-se por toda a comunidade, através das patrulhas dos guardas-civis, das rondas nocturnas no interior dos pavilhões, da promoção da denúncias entre internados (dando azo a grupos de delação), ou por via de dispositivos arquitectónicos, como a inserção de uma faixa envidraçada nas portas dos quartos (uma “janela de Judas” que permitia um olhar constante para o seu interior), ou de um sistema sonoro, que difundia em todos os pavilhões os discursos proferidos pelo director clínico, a partir do seu gabinete.

Este poder infinitesimal, extensivo a todas as actividades quotidianas, agindo sobre uma escala individual, supervisionando mais o processo da actividade do que o seu resultado, sugere, exemplarmente, o panóptico descrito por Foucault (ver 1977a: 200), cujo mecanismo organiza os objectos no espaço, de modo a vigiá-los continuamente e a identificar, prontamente, a sua trajectória. O pendor disciplinar do Hospital-Colónia, conferido pela constância do olhar biomédico, que se dirigia tanto ao comportamento do bacilo no corpo, quanto ao comportamento social desse mesmo corpo no espaço, intentava, claramente, erigir “uma anatomia política do poder” (Foucault, 1977a: 139), visando o fabrico<sup>41</sup> de sujeitos dóceis, esvaziando-os de intencionalidade política, ampliando, em contrapartida, a sua proficiência, de acordo com a ideologia sancionada.

Neste sentido, o apelo pastoralista estado-novista, imbuído de representações preñhes de harmonia e de afabilidade, tinha assento, no Hospital-Colónia, num projecto educativo alicerçado em dispositivos biopolíticos.

Exemplo disso, é o regulamento disciplinar que ditava as regras de comportamento no interior do Hospital-Colónia, fazendo combinar o cumprimento das prescrições médicas e das normas de higiene corporal alvitradas, com a determinação dos corpos no tempo (mediante a estipulação dos horários de trabalho e do recolher obrigatório) e no espaço (através da

---

<sup>41</sup> Sobre a dimensão criativa do poder disciplinar ver Foucault (1977a: 217).

proibição da saída do Hospital-Colónia e da circulação no seu interior sem autorização prévia). Proibia, ainda, o comércio, o jogo e a correspondência clandestina (não esterilizada). Também os géneros não disponibilizados pelos serviços internos, particularmente as bebidas alcoólicas, não estavam autorizados a transitar no Hospital-Colónia (refira-se que todas as necessidades de alimentação, vestuário, ou outras, eram supridas por esses serviços). O não cumprimento do regulamento tinha punição com advertências, multas e isolamento. De índole proibicionista e repressiva, o dito regulamento imbricava a ordem clínica com a disciplina moralizante.

O mesmo concerto entre a dimensão biológica e a dimensão social do corpo, influía na concessão daquela que era uma rasgadura temporária dos muros da clausura, com a atribuição de licenças para incursões no exterior do Hospital-Colónia. Estas iam dos 15 aos 90 dias, estando dependentes, entre outros factores, de análises negativas ao muco nasal durante seis meses, bem como da ausência de faltas disciplinares, durante igual período de tempo.

Este enlace impositivo entre biologia e moral, era viabilizado pelo próprio estatuto social atribuído aos doentes de lepra, por um lado identificados com as camadas populares susceptíveis de uma intervenção reformadora, e por outro lado achando-se limitados na sua cidadania devido ao contágio que, enfim, acabava por conferir legitimação à regeneração autoritária de que eram objecto.

A leprosaria desenhava-se, assim, como uma comunidade que albergava uma doença e que espelhava uma identidade. Pelo que, esta “aldeia da saúde” era descrita, simultaneamente, como uma “lazaropolis” (Barreto, 1949: 98):

“O Hospital-Colónia Rovisco Pais é, pois, uma verdadeira *lazaropolis*, povoação moderna e higiénica, com tudo o que é preciso para tornar atraente a vida daqueles que renunciam aos seus direitos sociais para benefício da colectividade.”

Esta “povoação moderna e higiénica” (Barreto, 1949: 98) provia um laboratório para a regeneração física e moral dos indivíduos nela, compulsivamente, internados. Por outro lado, a medicina autoritária accionada pela pedagogia profilática, fazia sobrepor à jurisdição médica sobre os doentes de lepra uma jurisdição política, configurando essa “lazaropolis” (Barreto, 1949: 98) numa instituição mediadora entre o Estado e os sujeitos nela confinados.

Como tal, a direcção do Hospital-Colónia supervisionava a “carreira”<sup>42</sup> clínica e moral dos internados, a par da administração da sua carreira burocrática e jurídica na relação com o Estado. Assim, era ao serviço social que cabia gerir questões de índole fiscal, jurídica ou burocrática. Nas palavras de Manuel Santos Silva (1953: 38), o gesto assistencialista do Hospital-Colónia estendia-se na:

“... nossa pronta e generosa interferência para solução dos mais variados problemas, desde as simples ou graves questões de família até às que chegam à polícia, repartições de finanças, administrações de concelhos, distritos de recrutamento militar, etc. ou sobem aos tribunais.”

Por intermédio do Hospital-Colónia o Instituto de Assistência aos Leprosos auferia subsídios às famílias dos doentes internados, nomeadamente aos filhos menores. Também através do Fundo de Assistência aos Doentes e Familiares, criado no Hospital-Colónia e mantido com donativos de particulares, eram patrocinadas as visitas, aos domingos e em dias de Natal, dos familiares aos internados, financiadas as actividades recreativas e prestado auxílio às famílias dos doentes ou aos próprios, quando tratados em regime ambulatorio ou após alta hospitalar.

Na verdade, o modelo educativo, implementado no interior do Hospital-Colónia, era expandido para lá das fronteiras que desenhavam o último como uma instituição fechada, por via dos restantes dispositivos em que assentava o modelo de combate à lepra traçado por Bissaya Barreto, designadamente o dispensário central e as brigadas móveis.

O primeiro, instalado no Hospital-Colónia, acompanhava os doentes externos e as suas famílias em consultas gratuitas de leprologia e de outras enfermidades. Prestava, igualmente, atendimento aos funcionários do Hospital-Colónia e às suas famílias, bem como à população circundante.

As brigadas móveis, nas quais se destacavam as brigadas médicas e as brigadas sociais, eram normalmente compostas por uma equipa de um motorista, um médico, um analista e um agente social. Percorriam o país, procedendo à identificação de “suspeitos” de lepra, sob “denúncia” prévia, feita normalmente pelos médicos locais, por familiares, por vizinhos, ou mesmo por doentes internados no Hospital-Colónia. Eram muitas vezes acompanhadas pela Guarda Nacional Republicana, que assegurava o cumprimento do mandado de captura. Realizavam visitas domiciliárias aos doentes ou faziam reunir a população nas subdelegações de saúde, nos hospitais, consultórios médicos ou casas do povo. Tinham como desígnios

---

<sup>42</sup> Sobre o conceito de carreira em contexto institucional ver Goffman (1961: 128-131).

principais, o diagnóstico precoce da lepra, o tratamento ambulatorio dos doentes não contagiosos, a vigilância dos doentes em alta provisória e dos indivíduos comunicantes, e a instrução dos médicos locais acerca do diagnóstico. Realizavam, ainda, inquéritos epidemiológicos e sociais, e acompanhavam a situação económica e social das famílias dos doentes. Eram-lhes, igualmente, atribuídas tarefas de educação sanitária, que incluíam o alerta para o contágio, instruções para a desinfeção dos objectos e das casas, mas também cuidados genéricos de higiene.

Através da acção das brigadas móveis, estendida a todos os distritos do país, bem como ao território insular, o projecto de erradicação da lepra, encabeçado pelo Hospital-Colónia Rovisco Pais, conduzia uma cartografia epidemiológica e social da população portuguesa, que veiculava uma intervenção higienista e regeneradora na mesma.

#### **4.4. A vitória na erradicação dessa *mancha de lepra***

Entre a sua abertura e as últimas décadas do século XX, o Hospital-Colónia Rovisco Pais confinou cerca de 3 000 doentes de lepra. Apenas nas primeiras três décadas da sua existência, 2 677 doentes foram, aí, compulsivamente, internados.

A abolição do internamento compulsivo chegou, somente, após a Revolução dos Cravos, que pôs fim a cinquenta anos de ditadura, em 25 Abril, de 1974. Até aí, o internamento compulsivo, embora já em desuso nas leprosarias de referência para o Hospital-Colónia, continuou a ser defendido pelos leprólogos portugueses.

Em 1953, no Sexto Congresso Internacional sobre Lepra, que decorreu em Madrid (Espanha), cuja representação portuguesa foi encimada por Manuel Santos Silva, o sucesso da terapêutica sulfónica e a eficácia da BCG no reforço da resposta imunitária à lepra, conduziram a que fosse conferida maior preponderância à divulgação e à vigilância sanitárias, dando prioridade ao tratamento ambulatorio e questionando a necessidade do internamento compulsivo (Silva, 1962a), que acabou por ser abandonado no em 1958, no Sétimo Congresso Internacional sobre Lepra, que teve lugar em Tóquio (Maciel, 2004; Monteiro, 2003).

Em desacordo com as resoluções tomadas em Madrid, Manuel Santos Silva (1953: 64) retorquia:

“...manda a verdade dizermos que o total desaparecimento macroscópico das lesões – mormente as de tipo mais maligno – nem sempre é acompanhado da tão almejada negatificação

bacteriológica, que, por via de regra, é mais tardia e, mau grado nosso, muito demorada em estabelecer-se. Por esta e por outras razões, e sem prejuízo da justificada fé que nos anima ao usar a moderna terapêutica da lepra, não perfilhamos os optimismos exagerados que, em alguns sectores da opinião médica, vemos atribuir aos seus efeitos.”

Passada mais de uma década, o leprólogo português atribuía à dificuldade na realização do diagnóstico precoce, a necessidade de manutenção do internamento compulsivo, como medida profilática (Silva, 1967: 31-32):

“É certo que o isolamento nosocomial, em leprosário (mormente se compulsivo), é, hoje em dia, geralmente, considerado obsoleto, espúrio, advogando-se que a profilaxia da leprose deverá assentar, preferentemente, na terapêutica ambulatoria dos focos, com vigilância e protecção dos comunicantes (especialmente pelo B. C. G.), a par do diagnóstico precoce da doença e imediato tratamento, já que este pode ter êxito completo e, quiçá, definitivo nas formas de começo (indiferenciadas). Mas este almejado ideal, designadamente o diagnóstico da lepra incipiente, não tem sido atingido na desejada escala, sendo certo que, entre nós como por toda a parte, continuam a fazer-se diagnósticos tardios e a deparar-se com agudizações, reactivações, complicações da doença, psicoses, etc.”

Claramente, a manutenção de uma prática médica autoritária foi possível, apenas, no contexto de um regime político que, era, também ele, autoritário.

Contudo, se o modelo de internamento e o quadro legislativo votado à lepra não acompanharam a evolução da terapêutica, cristalizando-se numa actuação repressiva, o influxo dos doentes no Hospital-colónia foi reflectindo as melhorias substanciais no tratamento da doença.

Em 1947, no ano da inauguração do Hospital-Colónia, foram internados 368 doentes de lepra, confinando, em 1952, um número de 994 internados. As altas começaram a subir em finais da década de 1950 e, em meados da década de 1960, a curva de internamentos começou a diminuir. Em 1964, estavam internados 795 doentes, nem todos em fase contagiante. Na verdade, o número de reinternamentos (devido, segundo as fontes médicas, a úlceras, nefrites, necessidade de intervenções cirúrgicas, motivos sociais, abandono do tratamento e recidivas) começou a aumentar, face ao número de internamentos.

A assistência social, conduzida a partir do Hospital-Colónia, incorporou esta inflexão, para o que foi criado, em Espariz, um Centro de Reabilitação pelo Trabalho e para o Trabalho, que visava uma intermediação entre a alta hospitalar e a reinserção social. Em conformidade,

a acção do serviço social estendeu-se a uma pedagogia pública, almejando, agora, divulgar a curabilidade da lepra, com vista à reinserção social dos indivíduos clinicamente curados.

No final da década de 1960, o número das altas ultrapassava já o dos internamentos, restando apenas cerca de 300 internados, em 1970. Em resultado disso, Américo Barbosa (1971: 19-20), o director clínico do Hospital-Colónia durante o período em questão, afirmava:

“... o Hospital tende a ser cada vez menos de isolamento e cada vez mais de assistência (...) As indicações fornecidas pelos elementos estatísticos referentes ao movimento do Hospital, quer no sector interno quer no externo, parecem indicar o declínio da incidência da endemia (...) Apesar destas verificações optimistas, não é possível prever quando se poderá considerar erradicada a lepra do Continente português, sendo ainda de esperar o aparecimento de novos casos em anos futuros (...) A tendência degressiva actual da endemia, poderá ser, eventualmente, contrariada pelo regresso de emigrantes com reactivações ou de militares vindos do Ultramar (...) Haverá vantagem em integrar a luta contra a lepra no esquema geral de Saúde Pública (...) e em rever a actual legislação especial aplicável à lepra.”

Apesar da sua sugestão no sentido de integrar a lepra nos serviços gerais de saúde pública e de rever a legislação (note-se, todavia, a persistente atribuição da lepra a um Outro), somente após a queda da ditadura, o internamento compulsivo no Hospital-Colónia foi deposto, nomeadamente no ano de 1976 (*Diário da República*, 1976). Após o que, o progressivo esvaziamento do Hospital-Colónia, converteu este num lugar obsoleto, em degradação progressiva, acentuada durante a década de 1980.

Em 1985, restavam 150 internados no Hospital-Colónia, dos quais, apenas 14 se encontravam num estado activo da doença. Foi, então, elaborada pela administração, uma proposta de reconversão das instalações devolutas no Hospital de Rovisco Pais, que, entretanto, largara da sua identidade o conceito de colónia, reflectindo, não apenas as mudanças políticas nacionais, mas também uma transformação interna, com o término das brigadas de trabalhadores e o avanço nas idades dos internados. Proposta esta que ia, ainda, no sentido de se abandonar a especialização em leprologia, incluindo-se, em torno, a prestação de cuidados de saúde integrados.

A transfiguração do antigo Hospital-Colónia teve início na década de 1990. Este foi um processo imbuído de controvérsia, dado que planejou a saída “compulsiva” dos internados que aí permaneciam. Este processo será exposto adiante, por ora basta referir que foi concomitante com as experiências de reconfiguração verificadas em outras leprosas de tipo moderno,



durante as quais os antigos doentes de lepra foram, de novo, confrontados com a sua invisibilidade social, remetidos, agora, para as margens, no interior das mesmas instituições onde foram compulsivamente internados décadas atrás (Law, 2002: 8):

“... os últimos residentes das comunidades vinculadas à lepra, pelo mundo inteiro, enfrentam agora uma outra crise, a prospectiva de perderem os seus lares.”

Veja-se o caso da leprosaria de Carville que, também na década de 1990, viu ser deslocado o Centro de Pesquisa e Tratamento da Doença de Hansen, acompanhado pela instigação, por parte do Estado, a uma saída “forçada” dos ex-doentes (ver White, 2003: 132-133). Ou da leprosaria de St. Giles, em Inglaterra, que durante a década de 1980, foi reformulada no sentido de acolher indivíduos vindos de outras instituições, nomeadamente psiquiátricas, também essas em processo de encerramento, suscitando fortes protestos por parte dos ex-doentes de lepra residentes (ver Law, 2002: 8).

Vitorioso na sua vocação para erradicar a lepra de Portugal, o antigo Hospital-Colónia Rovisco Pais vem sendo profundamente transmutado, anelando largar do seu lastro a memória da lepra. Renomeado Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais, deixou de fazer admissão de doentes de lepra, bem como de reinternar ex-doentes, fechando, em definitivo, as portas à lepra.

#### **4.5. Corpos visíveis, sujeitos invisíveis: a ordenação do espaço público e a reinvenção do *leproso***

O Hospital-Colónia Rovisco Pais constituiu um projecto de características únicas no contexto nacional. Na sua génese, reside a aliança entre uma acção disciplinar, afim ao movimento higienista de cariz científico, e o assistencialismo caritativo, imbricado na ideologia paternalista do Estado Novo.

Desenhado segundo o modelo transnacional da leprosaria moderna, imbuía-se de um conteúdo ideológico intimamente ligado a uma representação pastoralista, alteada por uma elite oligárquica, do povo português. Como tal, fazendo uso de mecanismos disciplinares que visavam uma cartografia epidemiológica da população portuguesa, procurou implementar um projecto de regeneração, simultaneamente sanitária e moral, do tecido social. Aquela que era

descrita como a mais antiga das enfermidades, instigava, assim, os mais modernos mecanismos de intervenção biopolítica na saúde pública.

A acção centralizada, a intervenção biomédica especializada e a pedagogia higienista resultavam de uma representação da lepra que a esboçava como antítese de um corpo social civilizado. Por conseguinte, e, muito embora, a acção biopolítica do Estado português fosse, na sua larga maioria, débil, para o caso da lepra, foi alçado um programa de erradicação politicamente concertado e cientificamente rigoroso. Na eliminação da lepra, jogava-se, pois, a própria construção identitária do país (Barreto, 1938c: 5):

“O Governo, em cujas mãos está o nome e o prestígio de Portugal, não consentirá mais na situação de inferioridade em que nos encontramos, sob o ponto de vista internacional, como mancha de lepra, que escurece o mapa de distribuição geográfica de tão terrível morbo. Não há que esperar; não há tempo a perder; temos sido retardatários? Vençamos o tempo perdido; actualizemo-nos; mostremos que se conhece o problema em Portugal; demos o exemplo de que Portugal novo usa os mais novos processos e as mais novas conquistas da Ciência e da Civilização em defesa da Saúde da Massa do seu Povo.”

Erigindo um modelo de segregação dos enfermos, a estratégia de combate à lepra tinha assento num modo de conhecimento científico. Por conseguinte, na persecução de um ordenamento do corpo social, a lepra era tornada visível através do olhar biomédico (Barreto, 1938b: 3):

“Só podemos lutar com vantagem com um inimigo quando sabemos onde está, de que armas dispõe, com que força conta.”

A biomedicina facultava, deste modo, uma “linguagem de agência” (Scarry, 1985: 13), que permitia classificar uma doença largamente desconhecida entre a população, bem como entre a maioria dos médicos de então. Atribuindo a convivência entre os enfermos de lepra e os não enfermos à ignorância popular do contágio, cabia à classe médica a educação cívica e sanitária da opinião pública. Conferindo, desta forma, visibilidade aos doentes de lepra, a intervenção biomédica promovia, de seguida, a sua invisibilização no espaço ocluso da leprosaria. Ao mesmo tempo que articulava uma classificação da doença e dos doentes de lepra, postulava a impossibilidade da sua inclusão no almejado corpo social são.

A desejada preservação do bem público, suscitava, portanto, uma medicina autoritária que, intentando quebrar a cadeia de transmissão da lepra, restringia a cidadania dos doentes, confinando-os, compulsivamente, na leprosaria. Sucedendo serem “suspeitos” de lepra, sujeitos a “denúncia”, estes indivíduos eram retirados das suas redes sociais e transportados, forçadamente, para a leprosaria. Em caso de resistência, um mandado de captura assegurava a intervenção repressiva da Guarda Nacional Republicana. Despojados da sua identidade e dos seus direitos civis, dado conterem em si um mal considerado intolerável no espaço público são, o diagnóstico de lepra assombrava as suas vidas como uma acusação. Vale a pena escutar, novamente, Douglas (1991b: 726):

“A tomada de consciência de um mal insidioso, levanta apreensão pública em relação ao bem público. Dependente do modo como o bem público é concebido, as acusações de mal insidioso serão intencionadas a diferentes alvos. (...) O mal insidioso é uma acusação que atinge diferentes alvos em diferentes regimes políticos.”

A lepra, identificada como *uma doença residual de atraso civilizacional*, era inscrita nas camadas populares da população portuguesa, inextrincável da pobreza e de outros “flagelos sociais” (para usar uma expressão generalizada na época), não cabendo numa nação que se sonhava civilizada e moralizada. Dirigida a populações com menores recursos económicos e políticos, a vertente autoritária da medicina social conquistava relevo. Facto atestado na desigualdade verificada entre o cumprimento ou a isenção do internamento compulsivo, consoante as origens sócio-económicas dos doentes de lepra. A intimidade entre a representação biomédica da lepra e a representação política da pobreza, dava azo a um projecto de regeneração autoritária do corpo social, que combinava o anelo higienista da biomedicina com o anelo regulador do Estado.

Sem lugar no espaço público ordenado, os doentes de lepra eram expulsos para o espaço liminar da leprosaria, onde se obrava a reposição da sua ordem física, mas também moral. Aí, a prática terapêutica diligenciava limpar dos seus corpos a doença, instruindo-os, igualmente, numa pedagogia moral e cívica. De lá, apenas aqueles que haviam sido, de acordo com a terminologia biomédica, “branqueados”, podiam egressar (Silva, 1953: 70):

“Os que deixam a Colónia vão devidamente vestidos e calçados, levando consigo algumas economias reunidas com o produto do trabalho que executaram (...) Cada um sai perfeitamente instruído quanto às normas que devem reger as suas actividades profissionais, o seu tratamento e

vigilância sanitária, bem como as relações com a família e a sociedade, tudo isto já fruto dum programa educativo que, por várias formas e desde o início, pusemos em prática e que transcende mesmo o âmbito do Hospital e dos doentes para abranger, tanto quanto possível, a população inteira do País.”

Esta imbricação entre biologia e moral, reflectia o modelo educativo em vigor no Hospital-Colónia, delineado no cruzamento entre a leprologia moderna e a ideologia política do Estado Novo (Silva, 1953: 17):

“Valeu-nos, no plano geral e, em tantas emergências, o conhecimento aprofundado e mais ou menos directo das técnicas usadas nas leprosarias estrangeiras, aproveitando-as com as modificações exigidas pela nossa legislação, costumes e possibilidades;”

Ao concertar a profilaxia segregacionista com o assistencialismo caritativo, este modelo educativo reproduzia os vértices da ambivalência histórica imputada na representação social dos doentes de lepra. No braço que excluía, emergia o gesto soteriológico (Barreto, 1967: 21):

“O doente de lepra – pelo mal que o aflige e que não procurou e pelo sacrificio que se lhe impõe, isolando-o da Colectividade, - é digno de respeito e atenção. Não lhes falta aqui no Rovisco Pais, nem uma nem outra... Mas daí até chegar ao ponto de se querer, como muitas vezes acontece, diminuir os rigores do acolhimento do contagiante e quebrar, assim e ali as regras da profilaxia ditadas pela ciência médica, de modo algum!”

A mesma ambivalência que, deslizando no eixo que opunha a rejeição à compaixão, reiterava a verticalidade da relação que era estabelecida, logo elidindo qualquer possibilidade de interlocução ou de reciprocidade. Assim, a vida desses “infelizes leprosos”, “vítimas desta maldita doença”, era descrita, para lá dos muros do Hospital-Colónia, do seguinte modo (Silva, 1953: 14):

“Coube-nos, todavia, mais do que a ninguém, tomar deles amplo e directo conhecimento, ao observar pela primeira vez e nunca mais perder de vista todos os hansenianos, repetindo-se os ensejos para apreciarmos os quadros dantescos da sua vida, cujas pinceladas negras encerram um mundo de martírios, ansiedades, desilusões ou esperanças.”

A ideia do internamento no Hospital-Colónia como resgate de uma vida votada à exclusão social era transversal às narrativas oficiais. Representados nas mesmas como vítimas

da doença e esvaziados de recursos próprios, os doentes de lepra afiguravam-se como receptáculos para a compaixão biomédica. A origem religiosa do estigma associado à lepra, insurgia, nos agentes do conhecimento biomédico, um forte combate à representação religiosa da enfermidade, postulando, ao invés disso, a lepra como uma doença, e accionando mecanismos, descritos como racionalistas e humanitários, para a erradicação do bacilo (Barreto, 1938e: 7):

“Confrange-se-nos o coração quando pensamos nos horrores que a idade média fez aos pobres Leprosos: corridos, enxotados, perseguidos por toda a parte como cães danados, apodreciam como cães raivosos ao abandono, quando não era sob a tortura de uma Sociedade injusta e cruel. Não; vivemos numa outra época, uma outra consciência existe hoje, uma outra noção do Dever faz parte da formação moral dos Homens da actualidade. Estes desgraçados doentes têm direito ao nosso carinho, ao nosso auxílio, à nossa protecção. Tratá-los, acarinhá-los, salvá-los da doença ou ajudá-los a bem morrer mitigando a sua Dor, aliviando o seu sofrimento é uma obrigação indescritível da organização social de hoje.”

Não obstante, a “morte em vida”, naturalizada como o estatuto social dos enfermos de lepra na Idade Média, dava lugar ao exílio disciplinar no espaço ocluso da leprosaria moderna. Em ambas as versões, os doentes de lepra são, persistentemente, representados como sujeitos sem voz, *exilados da história*.

Oclusos sob o véu da disciplina, convertido o Hospital-Colónia num espaço liminar para a transformação social, os indivíduos enfermos de lepra foram, aí, sujeitos a um processo de transmutação biopolítica, que almejava, enfim, a criação de um mundo social simultaneamente moderno e moralizado.

Refúgio ou cárcere para doentes de lepra, o Hospital-Colónia Rovisco Pais foi pensado para constituir um espaço utópico, perfeitamente governado (Foucault, 1977a). Para inquirir a eficácia do seu modelo educativo, é necessário entrever os modos de recepção do mesmo, que repousam, mais do que no projecto político que lhe estava subjacente, naqueles que o fizeram pulsar. No mesmo sentido, o anelo de um entendimento fino da lepra enquanto doença e, simultaneamente, como um marcador identitário, apela ao ponto de vista incorporado das mulheres e homens que dela padeceram, e cuja experiência é tendencialmente velada pela opacidade germinada nos diversos modos de representação pública desta enfermidade.

Por conseguinte, auscultar-se-á, em seguida, a experiência da lepra, nas vozes daqueles que com ela conviveram nos seus corpos e nas suas vidas.



## 5. A transparência do toque

Na introdução a este capítulo, invoco o epílogo da pesquisa etnográfica, quando, numa das interpelações finais que lancei aos ex-doentes do Serviço de Hansen, lhes perguntava como gostariam de ser lembrados, as suas respostas tenderam todas no mesmo sentido. Transcrevo aqui algumas:

Amália - Devíamos ser lembrados como outros doentes quaisquer.

Belinda - Como as outras pessoas!

Duarte - Como gente apenas. Como pessoas. Pessoas azarentas. Diferentes mas iguais. Somos pessoas que os defeitos físicos não atingiram cá a alma, o corpo está um bocado insensível, mas a alma não. Como pessoas, apenas, apenas! Não gostava nada de “coitadinhos”! Deixem para lá! Deixem-me cá quieto! Como pessoa apenas! Um homem! Um indivíduo! Um indivíduo que sofreu. Que já anda cá há 81 anos, já ganhou o estatuto de ter opinião.

Ao optar por fazer referência ao final formal do encontro etnográfico, na introdução às narrativas dos ex-doentes do Serviço de Hansen, pretendo assinalar o insofismável carácter retrospectivo e narrativo da produção de inteligibilidade desse encontro.

Como tem sido apontado a prática da etnografia desenrola-se com assento numa estrutura narrativa, independentemente do maior ou menor grau de circunscrição metodológica do enfoque analítico (Bruner, 1986b). Posteriormente, é composta sobre essa experiência uma moldura de inteligibilidade textual, com inequívocos pressupostos, bem como corolários, epistemológicos e políticos (Clifford, 1983a). Partilho a argumentação de Clifford (1983b) no sentido do reconhecimento da natureza alegórica da escrita etnográfica. Indo além de uma apreciação do seu teor interpretativo, (alicerçado sobre uma paisagem descritiva que, classicamente, pendia a ser assumida como não mediada), o autor desvenda a performatividade da escrita, tanto no plano formal, quanto no que respeita aos seus conteúdos, entendendo a escrita etnográfica como uma narrativa que edifica um universo de significação. Partilho, igualmente, da tese de Spivak (1993) quando denuncia a reiteração da transparência do pesquisador, e do seu contíguo autoritarismo epistemológico, pelo abandono lesto das estratégias clássicas de representação, sem a necessária problematização do lugar do pesquisador enquanto sujeito reflexivo e enquanto actor social.

Assumindo, desta forma, a incontornável organização narrativa dos testemunhos dos ex-doentes do Serviço de Hansen, procuro aceitar o repto lançado por Nunes (2002: 326) (que tive oportunidade de referir na discussão metodológica) da atribuição ao pesquisador social de um papel de articulação de diferentes esferas de acção, de subjectividades e de discussões teóricas, papel que conceptualizou como o de “testemunha articulada”.

Por conseguinte, a emergência dos testemunhos dos ex-doentes de lepra será desenvolvida no quadro reflexivo desta dissertação, procurando iluminar a experiência e os significados construídos em torno da sua identidade enquanto doentes de lepra, enquanto internados no Hospital-Colónia Rovisco Pais e enquanto ex-doentes de lepra residentes no Serviço de Hansen do CMRRC-RP, deixando de fora outras, e variadas, camadas experienciais que compuseram e compõem as suas vidas.

Respondendo ao desafio lançado pelos próprios, na resposta à minha interrogação de como gostariam de ser lembrados, procurarei, em seguida, desvelar a sua experiência, tendencialmente obscurecida e silenciada no espaço público, tendo presente a contingência da prática etnográfica e da sua posterior conversão textual, contingência que resulta, também, do meu próprio lugar de enunciação, como declaro na derradeira nota de campo:

Regressei hoje ao Rovisco Pais. Dou por terminado o trabalho de campo. O odor, entre o éter, o mofo, e o adocicado invadiu todos os meus poros. A esmagadora desolação de um lugar esquecido pelo mundo caiu sobre mim. Lá, tenho dificuldade em pensar, em movimentar-me. O mergulho etnográfico é real para os meus sentidos, atordoados, como se submersa num imenso universo aquático, pantanoso e envelhecido. Desço. Dirijo-me ao quarto do Sr. Duarte. Trago comigo as fotografias que me emprestou. Trago, também, o enunciado da despedida da investigadora. A minha morada e o meu telefone. Procuo-o, ansiosa, com receio da sua reacção. Deixei passar muito tempo. Demasiado tempo. Abraço-o repetidas vezes. Vivi um encontro que me transformou para o resto da vida, transitando entre mundos, procurando contar a uns e a outros o que sucede em ambos, existindo num limbo, não encontrando as palavras, sabendo, mas saber mesmo, que resgatei alguns objectos, deixando escapar a maioria. Abraço o corpo mutilado de um homem de vontade imensa, ainda que sujeita aos constrangimentos que lhe foram ditados pelo seu próprio corpo. A lupa. Os livros. O candeeiro apontado para o livro. O rádio. Os auscultadores. Pousados, difundem pelo quarto a música, alta até assim. A cama. Pequena, de ferro, velha. Uma cama de um outro tempo, de um outro mundo. Impossível hoje. Uma memória. O Sr. Duarte dorme numa cama de memórias. Eu apanho-as como quem apanha borboletas. Encerro-as numa vitrina. Sem convicção. Ensaio estudá-las, não vá alguém reparar



que não tenho particular interesse em classificar as suas asas, nomear as suas regularidades. Interessa-me o bater do coração. Interessa-me abraçar o meu amigo Sr. Duarte. Terminei. Hoje. Hoje terminei. Não quero saber mais nada. Sei muito pouco mas é já demais. Retorno do limbo. Do espaço difuso da memória. Do despojar da minha identidade. Dessa adquirida identidade predatória. Porque um antropólogo é um predador. Um antropofagista. Não o sou mais. E o que percebi, percebi. E o que não percebi, ou não o quis perceber, ou não o perceberei jamais.

(Excerto do Diário de Campo)

### **5.1. O diagnóstico de lepra como uma *acusação***

Nas histórias de vida dos ex-doentes de lepra do Serviço de Hansen, é comum a eclosão dos primeiros sintomas de lepra não ter sido acompanhada por um diagnóstico desta enfermidade. A lepra era, então, uma doença maioritariamente desconhecida no contexto das suas redes sociais. Inclusivamente, a procura de assistência médica, perante sintomas como o surgimento de manchas, lepromas ou a perda de sensibilidade térmica e tátil, não conduzia à associação, pelos médicos consultados, desses quadros sintomológicos com a lepra. Ao contrário, era frequente a atribuição desses sintomas a outras enfermidades, como é o caso de Filipe, a quem foi diagnosticada uma bronquite pulmonar durante o serviço militar, ou o de Augusto, que trabalhava numa fábrica de produtos químicos aquando da eclosão da doença, cujos sintomas foram inicialmente atribuídos à exposição aos químicos. Ainda hoje, Augusto afirma que foi esse facto que fez “nascer a doença”.

Os testemunhos dos ex-doentes evidenciam o desconhecimento generalizado da lepra entre a população portuguesa, incluindo a classe médica, na primeira metade do século XX, bem como o protagonismo da acção do Hospital-Colónia Rovisco Pais no processo de medicalização da lepra em Portugal. Por outro lado, a existência de casos de lepra nas suas famílias é equitativa com a sua inexistência. O mesmo verificando-se no âmbito mais vasto das suas relações sociais, sugerindo a baixa incidência da doença na época. O testemunho de Adelaide, hoje empregada no Serviço de Hansen como auxiliar de acção médica, exemplifica-o claramente:

- Vim para aqui [Hospital-Colónia Rovisco Pais] com 13 anos de idade em 1953. E tive alta em 1956. Estive cá numa casa de trabalhadores. Era para onde iam as meninas mais novas. Tentavam pô-las juntas. Depois punham uma freira. Era quase um colégio interno.

- Quando veio para cá, veio obrigada ou de livre vontade?

- Quer dizer, eu não fui obrigada a vir, disseram-me para vir e eu vim! Eu era criança ainda. Chamaram a minha mãe e mentalizaram a minha mãe. O médico que era delegado de saúde na minha terra veio aqui a um congresso porque não havia ninguém com a doença lá, ele não conhecia, não sabia o que é que eu tinha.

- Era a única pessoa doente na sua família?

- Era a única e no meu distrito também!

- E o médico não sabia o que tinha?

- Não. Depois veio aqui a um congresso e aí é que se apercebeu. Depois foi um médico daqui lá ter com ele. E foram os dois a minha casa e disseram que o melhor era internar-me. A minha mãe não queria. Dizia: “- É muito longe e eu não posso lá ir!” O médico dizia-lhe: “ – Vais, vais, olha estão lá muitas meninas, ela não vai ser isolada como te disseram. Eu já lá fui e vi. Ela vai para o pé das outras meninas. E vai continuar a escola, porque há lá escola.

Como tal, não é invulgar a inexequibilidade de uma identificação da fonte do contágio, o que acrescenta um carácter enigmático a uma doença que se apresenta dotada de forte ininteligibilidade.

Perante o pronunciamento da lepra, a associação mais imediata era, não com uma nosologia biomédica, mas com a enfermidade descrita na Bíblia, accionando, com isso, o espectro de uma punição divina, e inscrevendo um significado aviltante no próprio corpo. Uma das ex-doentes que, frequentemente, atribui a infecção a uma vontade divina é Amália:

- Eu era a única e a mais nova.

- Não sabe como é que apanhou a doença?

- Olhe, ela veio. Ela veio. Deus quis assim, porque os meus irmãos já tinham uma vida, eu era a mais nova e não tinha uma vida e por isso, foi melhor assim. Eu soube em Coimbra. Só num dia fui a três médicos. A três consultórios. Mandavam-me de um lado para o outro. Só quando cheguei ao último, nunca mais me esqueço, ele é que me disse directamente a doença que eu tinha.

- A senhora sabia o que era?

- Não, não sabia. Sabia que era um nome feio! Senti uma coisa a desabar em cima de mim, se houvesse ali um buraco onde eu me enfiasse... Até parecia que já não tinha pernas para sair de lá! Ouvia o nome às vezes nos evangelhos e o meu falecido pai tinha um livro em casa que eu

gostava muito de ler e às vezes à noite, em vez de dormir, quando lhe podia botar a mão, que todos o queriam ler... Era a Bíblia. Às vezes, em vez de dormir, lia. E lia esse nome e via que era um nome feio!

Sucedia, também, o pronunciamento do diagnóstico de lepra nada significar para o próprio, como sucedeu a Eurico, que foi sujeito a internamento hospitalar, antes da abertura do Hospital-Colónia, no Hospital Curry Cabral, em Lisboa, por ele referido como o Hospital do Rego. Como recorda, a ausência de tratamento para a lepra, conduzia a que esta doença fosse tida como fatal:

- Não sabia o que tinha. A primeira coisa que nos acontece, é a falta de sensibilidade. Percebi que era doente quando deixei de sentir neste pulso. Só no pulso esquerdo é que não tinha sensibilidade. E neste cotovelo, hoje não se conhece, criava aqui uma coisa que criava uma ferida, e aquela ferida andava, andava.

- O que é que achava de não lhe doer o pulso?

- Eu não achava nada, eu não sabia!

- Mas achava estranho?

- Achava estranho não sentir naquela parte e sentir nas outras. Quando saí de lá fui para casa de um primo meu, filho da minha tia, e fui servir para casa de um tenente-coronel. Ele tinha três moinhos de tirar água para regar, tinha uns tanques onde eu ia tomar banho na hora do calor, e o meu corpo ficava todo malhado nessas partes onde não sentia. Como eu pensava que morria, pensava que não chegava aos 20 anos, porque aquilo era um bicho-de-sete-cabeças, pensava que uma doença que não tem cura, a pessoa morre. E a doença nessa altura não tinha cura.

- Quem é que lhe dizia que a doença não tinha cura?

- Diziam várias pessoas. O médico também o dizia.

- E as pessoas sabiam o que era?

- Não. Nunca souberam ao certo o que era. E parte da população lá da aldeia nunca ligou nada a isso.

- Então, mas o médico disse-lhe o que era. E o senhor, sabia o que era?

- Eu não sabia nada, nunca tinha ouvido falar em tal coisa!

Os primeiros sintomas de lepra são hoje evocados num quadro de inteligibilidade biomédico. Contudo, em praticamente todas as narrativas dos ex-doentes, surge um momento fracturante que assinala a eclosão da doença, normalmente atribuída a uma diminuição na resposta do sistema imunitário. Ouça-se Cândida, que soube aos sete anos de idade estar enferma de lepra, na sequência de ter sido diagnosticada a doença à sua mãe:

- Fui a desgraça da minha mãe e ela a minha. Apareceu-lhe a doença quando eu nasci, com a asneira que ela fez. Ela podia ter sintomas para a ter mas se não fizesse a asneira... E eu também. Quando me apareceram estes caroços eu tive uma grande gripe. Foi a minha irmã mais velha que os descobriu. Antigamente andávamos descalços, só nos calçávamos para ir à missa. A minha mãe, quando eu nasci, foi-se meter numa ribeira de água gelada em Novembro, não sei se a lavar roupa, se a lavar ervas para o gado. Ficou logo rouca, saltou a doença. Durou seis anos.

Ouçá-se, também, Duarte, considerado o líder histórico dos internados no Hospital-Colónia, a quem foi diagnosticada lepra aos treze anos de idade, enquanto estudava num Seminário. Duarte, como se verá, detém um conhecimento profundo acerca do modelo explicativo biomédico sobre a etiologia e a nosologia da lepra:

- A minha mãe tinha lepra mas não sei de onde veio.

- Na sua terra mais ninguém tinha?

- Havia um indivíduo lá ao lado que só mais tarde é que vim a saber que era lepra, já estava bastante adiantado. Eu sabia lá!

- E esse indivíduo era discriminado na terra?

- Não! Coitado, eu quando o conheci já ele vivia muito em casa, porque já não podia trabalhar. Estava mesmo muito doente, com uma respiração difícil. A lepra faz isso também. Portanto, não sei de que sítio é que veio. Eu e a minha irmã mais velha nascemos quando a minha mãe era uma senhora saudável e depois viemos os dois a contrair lepra. A minha irmã mais nova nunca teve lepra. Quando nasceu... o parto, a gestação traz problemas para a gestante, quando se tem qualquer coisa aparece, uma doença, problemas! Foi precisamente nessa altura, quando nasceu a mais nova, que apareceu lepra à minha mãe. Portanto, ela foi amamentada na fase pior. Quando a lepra está mesmo... se é contagiosa é naquela altura. E nunca teve lepra. E nós que tínhamos nascido antes dela estar doente, ambos viemos a ter. Eu fui o primeiro e depois a mais velha que tinha também só mais um ano do que eu. Mas há uma explicação. Nós herdámos o ADN da minha mãe, os mais velhos, e a outra herdou o ADN do meu pai. O meu pai era daquelas pessoas, que há uma grande percentagem entre os humanos, que podem comer bacilos à colherada que nunca se contagiam. Foi a expressão do médico, quando ele veio cá a primeira vez, fizeram-lhe a célebre lepromina, para teste, para vacina, normalmente as vacinas são preventivas, não é? Mas aquela não, era apenas como elemento de diagnóstico para saber a resistência.

O diagnóstico de lepra cravou, inexoravelmente, uma fractura irreparável nas suas vidas. A imbricação entre a ausência de cura e a associação com a densidade representacional do anátema bíblico, com a reconfiguração existencial que o diagnóstico provocou (nomeadamente ao suscitar medidas preventivas do contágio nos seus espaços de sociabilidade), conduziu a que hoje evoquem esse momento como um desvio violento no curso das suas vidas, tal como está patente na recordação de Belinda, a segunda pessoa a dar entrada no Hospital-Colónia, imediatamente após a sua inauguração:

- Eu estive em Coimbra a trabalhar na casa de uma família. Tinha lá três crianças. Eu tinha 19 anos. Cozinhava e lavava a roupa. Havia um quintal grande que tinha uns tanques onde eu lavava a roupa. Eu usava uns tamanquinhos. Comecei a deixar cair o tamanco do pé esquerdo. Tinha o pé já dormente. A senhora achava aquilo estranho. E eu comecei a ficar fanhosa do nariz, não falava como falo agora. E comecei a ter manchas vermelhas nas pernas. O Sr. Dr. que era muito amigo da família, disse que eu ia fazer umas análises. Estava desconfiado. Mandaram-me lá ir a um lado qualquer que agora não me lembro.

- As análises eram como aqui?

- Eram outras. Mas já me fizeram no nariz e na pele. Disseram-me logo que eu estava contagiosa. A senhora fartou-se de chorar. Tiraram logo os miúdos de casa. Porque os miúdos eram muito queridos, andavam sempre agarrados a mim. E para não haver mais coisas, tiraram-nos logo de casa. Eu nunca mais os vi. Vim-me embora sem os ver. Fui de manhã e à tarde tive ordem para sair imediatamente da casa. Logo, imediatamente! Ainda eu não sabia bem, bem, verdadeiramente, o que me esperava. Parece-me que o Sr. Dr. me disse que eu tinha uma doença muito contagiosa.

- E disse-lhe qual é que era?

- Não me disse.

- Se dissesse, sabia o que era?

- Sabia. Mas eu já desconfiava. Desconfiava já que era a doença da lepra.

- Mas já tinha visto alguém?

- Já, até porque na minha aldeia havia pessoas que a tinham.

- Tinha medo que fosse isso?

- Tinha... O que é que eu havia de fazer? Tinha que aguentar... Cheguei a casa e tinha as portas fechadas. Era Março, fazia frio. A minha mãe veio depois. Fartámo-nos de chorar. A minha irmã saiu logo de casa, porque ela era mais nova do que eu e tinham medo que eu a contagiasse. Fiquei em casa. A casa tinha três quartos. Eu fiquei no último, no mais longe. A minha irmã dormia num quarto com a minha mãe e eu estava longe. Havia outro quarto de intervalo. Fiquei

ali. Em casa tinha a louça à parte, tinha a roupa à parte, tinha uma bacia onde me lavava também.

A violência do diagnóstico de lepra, tendia a lançar o indivíduo num limbo, num espaço de indefinição ontológica e existencial, causada pela incerteza quanto ao futuro, dado que as aspirações e as certezas anteriores haviam sido inviabilizadas. Por vezes, o profundo sofrimento emocional experienciado durante esse período, resultava numa rejeição, pelo próprio, das actividades que mais valorizava, aquelas que, em suma, constituíam o núcleo central da sua identidade, esta suspensa, então, pela ruptura introduzida pelo diagnóstico.

Tal foi o caso de Duarte, que sendo forçado a deixar o seminário, e vindo a ser internado no Hospital Curry Cabral, se negava a fazer, precisamente, aquilo que anteriormente mais prazer lhe dava, ler:

- Quando eu saí a primeira vez do Seminário ainda vim iludido que em Outubro voltava. Fiz exame, à pressa, sozinho. Mas eles já sabiam que eu não voltava. Mas mesmo assim não me discriminaram. Só que na primeira noite já não dormi no quarto onde dormia, na camarata. E vim dormir no meio, entre duas camaratas que havia.

- Quando é que percebeu que se calhar não ia voltar para casa tão cedo?

- Quando caí no Hospital do Rego vi logo. Depois, tinha o problema de dizer ao meu pai: “- Olha, parece que nunca mais volto.” Mas o meu pai também já sabia mas não me queria dizer a mim.

- Na altura pensava que ia ser temporário ou que ia ser para o resto da sua vida?

- Ter lepra era condenação à morte! Não havia tratamento, não havia medicamentos, não havia nada! E eu via nos outros o que me ia acontecer. Ainda estava no princípio. Pena não haver medicamentos naquela altura, teria ficado normal, mas não. Estava mesmo no começo. Mas via nos outros o que me ia acontecer.

- Quando o percebeu como é que se sentiu?

- Sei lá! Fiquei assim numa espécie de um limbo. Não pegava num livro, não pegava num jornal, não pegava em nada que tivesse letras. As pessoas pediam-me, havia muitos cegos lá, infelizmente, por causa do célebre óleo de chaulmoogra, que dava cegueira, eu tive sorte porque não suportava, tomava 10, 15 gotas e vomitava, havia quem o despejasse na sopa como se fosse azeite e comia. E, portanto, eu vi logo quando cheguei lá. Então, fiquei assim numa espécie de... nem era revolta, nem nada... pronto, acabou-se. Não era capaz de pegar num jornal, de pegar num livro. Havia pessoas que me pediam para ler o jornal, mas não: “- Peçam-me tudo, peçam-me para ir buscar água, peçam-me para fazer café...”. Aprendi a fazer cigarros, para fazer àquelas pessoas que não podiam. Aprendi a fumar nessa altura! Não era capaz de ler! Houve um

senhor, que era muito meu amigo, foi quem me deu as primeiras drageias de sulfona, diasona que mandou vir do Brasil por via diplomática! Tinha relacionamentos lá no Brasil. E um dia disse-me: “- Dou-te 5 escudos, vais escolher um livro, vais lê-lo e depois vais mo contar.”. A ver se eu começava. E eu escolhi um livro do Padre Damião, que tinha lido no seminário. Depois do almoço os encarregados de turma, faziam leitura na sala de estudo. Eu escolhi esse livro porque conhecia a história! E ia-lha contar! Malandreco! Depois foi o contrário! Depois, fiz-me devorador de papel impresso. Tínhamos uma biblioteca pequena, mas bastante boa.

- Quando é que começou a adaptar-se à ideia da doença?

- Foi a aceitação, disse “pronto, estou arrumado”! Eu via nos outros o que é que me esperava. Depois, o meu problema era dizer ao meu pai. O meu pai estava a enganar-me e eu a enganá-lo a ele.

O diagnóstico de lepra significou, portanto, um momento de ordenação do mundo social, para o que a biomedicina proveu uma “linguagem de agência” (Scarry, 1985: 13) (conferindo inteligibilidade a um quadro sintomatológico que, previamente, não encontrava uma clara definição classificatória), em simultâneo com a desordenação da vida dos sujeitos enfermos, que se viram impossibilitados de participar no quotidiano social regular. Compreende-se, assim, que muitos dos ex-doentes descrevam esse momento como uma espécie de morte social.

Em torno, o carácter pejorativo da representação social da enfermidade, ao atribuir uma identidade indesejada aos sujeitos por ela assolados, suscitou o recurso ao segredo como uma estratégia de preservação.

Augusto, a quem foi diagnosticada lepra na delegação de saúde da sua região, conta que, embora não conhecesse nenhum doente de lepra, já dela ouvira falar como sendo uma “doença feia”, razão pela qual não comunicou a ninguém que a havia contraído. O mesmo sucedeu com Constança, cujas origens socio-económicas e percurso no Hospital-Colónia são significativamente distintos dos demais internados, tendo estabelecido laços de sociabilidade com o pessoal técnico, procurando, ao mesmo tempo, distanciar-se do corpo de enfermos, e rejeitando, por completo, a sua identificação como doente de lepra:

Constança conta que a mãe nunca soube que tinha lepra, que o diagnóstico foi feito somente após a sua morte. Durante vários anos, foi observada e acompanhada por uma série de médicos que nunca suspeitaram de lepra. Refere que, em meados da década de 1940, foram criadas as delegações regionais de saúde e que o Hospital-Colónia começou a ser projectado. A vinda de um delegado, a discussão sobre o Hospital-Colónia e as queixas da sua mãe acerca da sua pele

ser “fina”, queimando-se com facilidade, levaram os médicos a suspeitar de lepra e pediram para lhe fazer análises. Lembra a vinda do médico, amigo da família, que acompanhara sempre a mãe e que fizera essas análises. Afirmara que tinha algo de terrível para lhe dizer. Que a mãe tinha uma doença “terrível”: lepra. Nesse momento e, segundo as suas palavras, as paredes da sala, da própria cidade, ruíram. Da lepra apenas conhecia o que lera na bíblia, que as pessoas “andavam com as campainhas”, que era “uma maldição divina”. Disse que felizmente a sua mãe já não estava viva quando veio o diagnóstico. (...) Passaram-se cerca de sete anos e num regresso a [sua cidade natal] o mesmo médico pediu-lhe que fizesse análises novamente. Desta vez revelaram-se positivas. Com os olhos cheios de lágrimas e o rosto espelhando uma dor profunda, disse-me que “não há palavras”, preferindo, antes, descrever o momento em que o soube, recordando que atravessou a cidade debaixo de uma chuva violenta, que ia extremamente bem vestida e que não se importou em ficar completamente molhada. O médico aconselhou-a a guardar total segredo e disse-lhe existir um Hospital onde se curava a lepra, ainda que não fosse uma cura imediata. Ela, querendo tratar-se e, também, por não querer assumir publicamente a doença, optou pelo internamento. Em [sua cidade natal] disse que ia para o Porto consultar médicos.

(Excerto do Diário de Campo)

O segredo era instigado pelo facto de as respostas sociais ao diagnóstico de lepra propenderem para estratégias de repúdio e de exclusão. Se, para a maioria dos ex-doentes a sua família forneceu uma rede de solidariedade e de protecção, casos houve, também, de rejeição no seio das suas relações familiares. Mas era, sobretudo, no contexto público que a sociabilidade quotidiana sofria uma metamorfose, no sentido de um ostracismo social que espelhava a identidade do indivíduo enfermo de lepra como um sujeito intocável. Porém, estes incidentes não assumem a dimensão sugerida pela metaforização pública da lepra, principalmente aquela que emergiu no lastro da vincada representação dos doentes de lepra como párias, veiculada pelos discursos oficiais das entidades médicas de então.

A exclusão social dos doentes de lepra fazia-se depender, por um lado, da incidência da doença nas suas comunidades e, por outro, do grau de conhecimento acerca da mesma, deslizando entre situações de uma completa indiferença social a outras de um alarme público generalizado. Significativamente, as narrativas dos ex-doentes acerca da exclusão social a que eram votados nas suas comunidades são inextrincáveis da denúncia que fazem das brigadas móveis do Hospital-Colónia como agentes de produção do estigma.



Na aldeia de Belinda existia um número significativo de casos de lepra. Na sua memória abundam situações em que foi sujeita a práticas de segregação social, como ilustra o seguinte exemplo:

- As pessoas tinham muito medo. Uma vez fui à missa, a capela era pequena e as pessoas ficavam muito apertadas e eu fiquei muito à larga. Nunca mais quis ir à missa! Aquela gente tinha nojo, tinha medo de mim. Olhavam para mim e fugiam de mim! Nem me fui confessar! Estava lá um padre que também tinha muito medo da doença. A minha mãe dizia-lhe que eu queria confessar-me e ele respondia para eu ir mais tarde para me confessar na sacristia. E eu disse que não queria ir!

Na sua narrativa, descortinam-se as duas matrizes capitais no universo emocional, relacional e social da lepra, designadamente o medo e o tacto. O medo assoma como uma emoção que instiga o erigir de uma antinomia entre as pessoas enfermas de lepra e as não enfermas, mediando a dialéctica entre a inclusão e a exclusão das primeiras, manifestada esta, por sua vez, no uso do tacto como um sentido que organiza a sociabilidade. Como se verá, o medo e o tacto atravessam a reflexão dos ex-doentes acerca da sua experiência.

Exemplo disto, são as seguintes afirmações de Filipe, em cuja aldeia existiam, igualmente, várias pessoas padecentes de lepra. Na sua família, tanto o seu pai, quanto o seu avô o eram, levando Filipe a proferir:

- Tenho a doença e sou filho dela e neto dela também! Eu sentia-me envergonhado, rebaixado por tudo! Tinham medo da gente e fugiam da gente! Iam as brigadas lá às nossas terras proibir a gente de comer a comida, ver onde é que nos sentávamos, onde é que dormíamos, essas coisas todas! E a minha senhora estava corrida da terra dela. Puseram-na de lado e ela não queria ir para lá. Por causa do que as brigadas diziam. Que não podíamos comer no mesmo sítio, com os mesmos talheres, na mesma mesa.

- Mas antes das brigadas as pessoas não tinham medo?

- Também tinham.

Sucedia, também, a segregação social emergir somente após contacto com a pedagogia profiláctica divulgada pelas brigadas móveis do Hospital-Colónia. Cândida refere como a ida de uma brigada móvel à sua localidade, com o objectivo de reinternar uma doente evadida do Hospital-Colónia, alterou a percepção pública da lepra, com consequências imediatas na sua própria sociabilidade quotidiana:

- Essa senhora teve cinco filhos, já com a doença. O marido tinha ido para a França. Obrigaram-na a vir para cá [Hospital-Colónia] e depois ela pediu licença para ir a casa. Foi e não veio. Então mandaram a guarda lá buscá-la. Mas a ambulância passou à porta do filho e ele viu a guarda. Já sabia que a mãe estava lá sem ordem. Foi pelos quintais, que tinham milho, avisá-la. A assistente social foi, então, bater à porta da casa, e ela abriu a porta, mas não abriu toda, e disse que não podia ir. Quando o filho lhe disse que também ia a guarda, ela fechou-lhe a porta na cara. A assistente mandou arrombar uma janela para a guarda entrar. Ela só teve tempo de fugir pelos milhos abaixo. E o menino mais pequeno meteu-se debaixo da cama a chorar. Ela lá escapou e eles tiveram que se ir embora. Ela, cheia de medo, foi para casa da outra filha noutra freguesia, já casada. Desde essa altura muita gente nunca mais me falou. Aquilo deu um falatório enorme. A minha vizinha proibiu os netos de brincarem comigo.

Anabela recorda como após a vulgarização da educação sanitária, realizada pelas brigadas móveis, o alarme perante a doença emergiu na sua localidade, forçando-a a abandonar a escola. Ouça-se, também, o que diz Amílcar que, durante longos anos, foi acompanhado em regime ambulatorio:

- Não havia medo da doença até chegarem as assistentes sociais que infectaram toda a gente. Diziam que a lepra era muito contagiosa (...) Diziam que era preciso desinfetar tudo nas casas dos doentes. Depois disso, numa vez em que fui a uma tasca, o dono partiu o copo depois de eu beber.

Este é um discurso transversal às narrativas dos ex-doentes. Por um lado, a ruptura social introduzida pela lepra teve origem, em muitos casos, na produção do diagnóstico e na informação veiculada acerca dos modos de transmissão da doença pelas brigadas móveis. Por outro lado, os ex-doentes atribuem o medo, ou o “terror”, como lhe chamam, que os funcionários do Hospital-Colónia infundiriam nas populações, como uma estratégia que visava reunir naquele o maior número possível de doentes. Segundo Cândida (que por várias vezes se escondeu das brigadas móveis para fugir ao internamento):

- Espalhavam o terror, diziam que a lepra era uma doença terrível, que se pegava, diziam às pessoas para se afastarem de nós, porque queriam encher o Hospital.

A pedagogia profilática e a intervenção autoritária protagonizadas pelo Hospital-Colónia são, por conseguinte, objecto de uma crítica profunda pelos ex-doentes, que contestam, sobretudo, os métodos empregues. Vale a pena escutar Duarte:

- Independentemente da lepra hoje se curar com mais facilidade, a lepra nunca foi tão contagiosa como se disse. Se fosse, como é que era? Há milhares de anos que existe lepra. E só 3 000 e tal casos que havia em Portugal! 3 000 e tal casos, que não eram todos da mesma altura! Foi durante o tempo que isto esteve aberto, pessoas que foram aparecendo, não era que houvessem 3 000 doentes já naquela altura. 3 000 e qualquer coisa que foram internados aqui. E não escapava ninguém com lepra que não fosse internado. A não ser que fosse no estado negativo. Os casos tuberculóides não vinham para aqui, os outros vinham para aqui na ponta da baioneta se fosse preciso. Houve um caso de um tipo que se escondeu no sótão, foram lá os bombeiros, tiraram as telhas e com um gancho tiraram-no do telhado. E outros casos mais trágicos. Um tipo que era daqui, que eu não conheci, foi logo no princípio, era da Tocha, e veio para aqui, mas não queria estar aqui fechado e fugiu. Foi-se embora. Foi lá a GNR. Ele pediu para o deixarem ir mudar de roupa. Voltou para casa, passou lá por uns barracões. Foram encontrá-lo pendurado pelo pescoço. Tinha-se suicidado. Está a ver? Isto é chocante, mas é real! Então aqui dentro... isto era o núcleo de onde irradiava todo o disparate. Eram assistentes sociais, ditas assistentes sociais, que iam lá a casa, falar com uma pobre mulher que tinha cá o marido, dizer que quando ele fosse lá não dormisse com ele. Havia alguma razão para isso?

No mesmo sentido, Eurico pondera como o esforço para a erradicação da lepra, em Portugal, significou, para os próprios doentes de lepra, o seu exílio forçado do espaço público e a sua ocultação na grande máquina de curar que era o Hospital-Colónia:

- Porque nessa altura não era considerada contagiosa, só depois disto abrir é que começaram a apanhar doentes como cães vadios. Fizeram uma campanha desgraçada. Porque lá em Lisboa se se falasse na lepra ninguém ligava importância. Antes disto abrir ninguém ligava importância. Ninguém! Quiseram atafulhar os doentes todos de Portugal aqui. Quiseram arrebanhá-los todos aqui para acabarem com a lepra em Portugal. Afinal de contas, se eles fossem tratados lá fora, acabava na mesma, mas isto foi feito à maneira de nós virmos para aqui morrer. Diz que era para acabar com a lepra em Portugal... Mas assim não acabavam com a lepra, acabavam com os leprosos!

Por esta via, a exclusão que muitas vezes sofriam nas suas comunidades, dava lugar, com o internamento compulsivo, a uma ocultação disciplinar que os invisibilizava. Se o

diagnóstico de lepra suscitava, em alguns casos, uma espécie de morte social, o internamento significava uma morte civil. O que leva os ex-doentes a descrever o diagnóstico como uma acusação, que os convertia em “criminosos”, e a descrever o Hospital-Colónia como uma “prisão”.

Augusto recorda como após se ter evadido do Hospital-Colónia foi perseguido pela Guarda Nacional Republicana que o encaminhou para o seu posto local. Aí, Augusto perguntara, indignado, porque motivo o tinham levado para lá, se, nas suas palavras, “era algum criminoso”. Em resposta a uma interrogação minha, se alguma vez tinha cumprido pena na cadeia do Hospital-Colónia, Amália retorquiu do seguinte modo:

- Nunca estive presa?
- Presa estava eu!

Indubitavelmente, a combinação da intervenção biomédica com o poder estatal na intervenção profilática que configurava o internamento como compulsivo, instigou os ex-doentes a interpretar o poder disciplinar da biomedicina como um poder jurídico. À inscrição de uma impureza patogénica, na construção pública da identidade dos doentes de lepra, sobrepunha-se, assim, uma condição de marginalidade social. Recorda Cândida:

- O meu falecido tio foi lá, não sei de licença, se fugido. E depois veio para cá meter coices. Foi quando eles me mandaram uma carta a dizer para eu me apresentar até ao dia 14 se não ia lá a polícia buscar-me. O meu falecido pai disse: “- Ela não é nenhuma assassina para a polícia vir aqui buscá-la.” Então alugou um carro e veio cá trazer-me. Foi assim. Tinha 16 anos.

## **5.2. A oclusão disciplinar: o internamento no Hospital-Colónia Rovisco Pais**

Paradoxalmente, perante o repúdio social, mesmo que accionado pela pedagogia profilática, alguns dos ex-doentes internavam-se voluntariamente no Hospital-Colónia, buscando tratamento. Ainda que, nos espaços contíguos ao Hospital-Colónia, circulassem rumores medonhos de que no último os doentes eram queimados vivos. Estas histórias enunciavam, simbolicamente, a ideia do internamento como uma sentença de morte. Com efeito, muitos julgavam que chegavam ali para morrer, em grande medida devido ao facto, já

referido, da lepra ser tida como uma doença mortífera. Contudo, a vontade em receber tratamento, conduzia a que muitos se dirigissem, assim mesmo, para o Hospital-Colónia:

Adelina conta que uma notícia no jornal que, na sua opinião, partira da administração do Hospital-Colónia com o fim de promover os internamentos, dizia que a lepra contagiava a sete metros. Trabalhava nos arrozais e esta notícia conduziu a que o seu patrão a afastasse das restantes trabalhadoras, ia à frente e não podia beber da água que os outros bebiam. Passou muita sede e sofreu muito com a segregação. Ela e o irmão convenceram o pai a irem os três para o Hospital-Colónia. Tinham-lhes dito que aí se curariam em três semanas. Partiram da sua terra, numa camioneta para a Figueira da Foz. Aí, negaram-lhes transporte até à Tocha, afirmando que não existiam lugares nem nesse dia, nem no seguinte. Foram a pé. Ao chegarem à Tocha estabeleceram contacto com um indivíduo que ao saber para onde iam, ficou muito alarmado porque, segundo lhes disse, quem no Hospital-Colónia não era curado, era morto, o que os deixou aterrorizados.

(Excerto do Diário de Campo)

De facto, histórias de um internamento forçado coexistem com histórias de um internamento voluntário. Belinda foi um desses casos:

- Mal abriu o Hospital eu vim logo para aqui.
- Mas veio porque quis?
- Mandaram-me uma carta do Hospital para eu me apresentar aqui. Eu estava à espera porque andavam a fazer o Hospital.
- Como é que sabia disso?
- Sabia, porque os meus patrões estavam sempre em comunicação comigo. Quando eu saí de lá o Sr. Dr. disse-me que o Hospital se andava a fazer. E eu lembro-me muito bem, que o irmão da senhora era arquitecto e andava aqui a trabalhar, a dirigir a obra. Um dia, a rapariga que servia a mesa era outra, eu era a cozinheira, mas um dia, a rapariga não sei onde é que ela foi, fui eu servir à mesa, e esse senhor estava a dizer para a irmã e para o cunhado que ia ser a maior leprosaria da Europa. E eu guardei aquilo. Eu não sabia que vinha, nem tinha sequer a ideia de vir. Pensava: “Deus queira que não seja para eu ir para lá”.
- Mas já tinha medo?
- Já estava com medo, mas não sabia. Depois, eles é que arranjaram para eu vir para cá.
- E queria vir?
- Imediatamente!
- Queria-se tratar?

- Queria-me tratar e além disso as pessoas tinham muito nojo de mim. Tinham medo que eu os contagiasse! Não saía de casa, ia para as terras com a minha mãe. Eu não queria que ninguém estivesse à minha beira. Eu própria é que não queria. Não queria que, mesmo morta, alguém dissesse que eu é que tinha estragado aquela ou a outra pessoa. A minha mãe nunca teve medo da doença, nem nunca me desprezou. Eu, não se conhecia nada a doença, estava limpinha! Então, viemos no comboio que passava na Guia às 11 da noite. Chegámos à Figueira e íamos apanhar a camioneta que vinha para aqui. A minha mãe disse ao motorista que eu vinha para o Hospital Rovisco Pais. Foi o mal que ela fez. Ele não me quis trazer. Disse que não era por ele mas pelas pessoas que vinham na camioneta. Eu disse à minha mãe para não irmos, que se eles quisessem que me fossem lá buscar. Mas estava lá uma senhora que ouviu a conversa e que disse que havia um comboio de lá para Arazete. Mas depois para a Tocha tinha que se ir a pé. Era Outubro, fazia tanto calor. Quando chegámos à Tocha, em vez de virar para baixo, virámos para o outro lado. Andámos, andámos, até que encontrámos uma senhora e perguntámos-lhe onde era o Hospital, e ela: “- Coitadinhas, vocês vêm enganadas”. A minha mãe já chorava muito. Virámos para baixo. Um senhor que estava na Tocha e que trabalhava aqui, disse-nos que tínhamos que ir até à portaria. Eu vinha muito bem vestida, um fato de saia e casaco curtinho, com uma blusa branca com uma renda muito bonita, tiraram-me a roupa toda! E deram-me uma saia e um casaco com que parecia uma doidinha! Houve lá uma que me foi levar lá abaixo, que nem eu, nem a minha mãe sabíamos onde era. Fiquei lá e a minha mãe foi-se embora. A chorar, coitada. Eu fiquei lá. Eu não falava, tinha a voz estragada, a doença estragou-me a voz. Eu, em vez de estar ali, saí de casa e fui para baixo de umas árvores. Era só formigas! Depois, andavam à minha procura para jantar. Elas correram tudo à minha procura e eu estava lá sentada. Depois lá deram comigo. Depois de jantar, deram-me uma cama, num quarto sozinha. O quarto era para quatro pessoas mas ainda não tinha ninguém. Encheu-se nessa noite. Nessa noite veio um carro com quatro doentes e de manhã estava cheio. Deram-me uma cama muito limpinha e uma camisa para dormir. Eu fiquei lá, sabe lá! Estava cansada de andar tanto e de tanto sofrer, adormeci. No outro dia de manhã deram-me o café e depois fui para a varanda onde chorei na noite anterior. Chorei ali tantas lágrimas! Por fim, o tempo passou.

Como ilustra a sua narrativa, o percurso até ao Hospital-Colónia é, frequentemente, descrito como um momento de transição, num trajecto que se converte numa passagem, durante a qual o sujeito, em vias de ser internado, se despedia da sua vida anterior e antevia, através do confronto com a representação pública do Hospital-Colónia, a sua futura existência.

De igual modo, várias das narrativas dos ex-doentes situam a chegada ao Hospital-Colónia durante a noite, descrevendo a entrada num espaço desconhecido, acompanhada pela

angústia de se estar só e desamparado, numa clausura forçada. Adriana exibira sintomas de lepra durante vários anos, sem qualquer diagnóstico. Foi devido a uma denúncia, proferida por um vizinho seu, que o delegado de saúde da sua área tomou conhecimento do seu caso. Levada compulsivamente para o Hospital-Colónia por uma brigada móvel, recorda esse momento, afirmando que à chegada “foi como se estivesse cega”. Amália, internada aos 27 anos, descreve o internamento da seguinte forma:

- Vi-me no meio de gente desconhecida, longe da família, nem sequer sabia onde é que era o Norte ou onde é que era o Sul. Tive de ver onde é que nascia o sol para saber onde é que ficava a minha terra.

Vindas de diferentes pontos do país, estas pessoas eram encaminhados, à chegada, para um dos pavilhões, em conformidade com o seu estado de saúde. Muitas descobriam, somente nesse momento, a pior face da lepra, espelhada nos corpos de doentes mais antigos. Uma vez que um grande número de enfermos dava entrada com manifestações iniciais da doença, para estes o internamento significava, também, uma descoberta terrível, designadamente daquilo que lhes poderia vir a suceder. Este momento assinalava, assim, um processo de iniciação a uma nova identidade. A lepra, sendo uma doença de progresso lento, fazia anunciar, através do corpo do outro, o destino factível daqueles que davam entrada no Hospital-Colónia, adindo à dor do exílio forçado, o temor perante o futuro.

Compreende-se, assim, que, muitas vezes, aqueles cujo internamento fora voluntário, se arrependessem e intentassem deixar o Hospital-Colónia, todavia sem sucesso. Maria foi um desses casos. Enferma desde os seis anos, recebia tratamento ambulatorio, sendo-lhe administradas injeções que lhe provocavam muitas dores. Este facto foi comunicado pelo seu médico ao Hospital-Colónia. Durante uma visita das brigadas móveis ao seu distrito, o director clínico Manuel Santos Silva aconselhou-a a encaminhar-se para o Hospital-Colónia, de modo a receber tratamento adequado. Foi assim que aos 34 anos decidiu internar-se. Conta que, quando deu entrada, teve uma “desilusão”. No asilo, contactou com doentes que exibiam sequelas graves, e que lhe explicaram tê-las desenvolvido posteriormente ao internamento. Maria afirma que, então, se arrependeu profundamente, mas que era “já tarde demais” e que não a “deixaram sair”.

Aqueles cuja entrada no Hospital-Colónia estava, de algum modo, amenizada, eram os que vinham de outros hospitais, nomeadamente do Hospital Curry Cabral, onde haviam já

tido contacto com estados avançados da doença. Eurico recorda a primeira vez que observou outros doentes de lepra, quando deu entrada naquele Hospital:

- Quando chegou ao Hospital qual foi a sua impressão?
- Foi uma decepção. Não me meti pelo chão abaixo porque o chão não se abriu. Vi uns sem nariz, outros sem orelhas. Eu calhei logo de estar ao lado da entrada dos lavabos e via-os passar quando se iam lavar e eu estava na cama. Comecei a ver aquela miséria e fiquei capaz de morrer.
- Ficou assustado?
- Pois! Diziam que eu ia ficar como eles ou pior. Havia doentes lá que nem se podiam... Eu estava com um que era um esqueleto! Estava todo mutilado. Sem boca, sem nariz, sem mãos.
- Antes de chegar ao Hospital não sabia que a doença podia fazer isso?
- Eu não! Não sabia de nada! Como é que eu havia de saber? Eu nunca tinha visto um doente de lepra.

Estes indivíduos que, por intermédio de outros doentes, transferidos do Hospital Curry Cabral para o Hospital-Colónia, estavam a par da “disciplina” que se vivia no último, vinham determinados a não dar uma vida fácil à administração, como ilustra a seguinte história, contada por Duarte:

Duarte em vésperas de ser transferido para o Hospital-Colónia, correspondia-se com uma doente já transferida para lá. Vindo a descobrir que o correio era “censurado” e que as cartas eram lidas por “censores”, começou a incluir insultos nas mesmas. A sua correspondente recebia cartas profundamente aviltantes, sem perceber porquê, mas o objectivo de contestar a invasão da sua privacidade ficava desta forma cumprido.

(Excerto do Diário de Campo)

Duarte recorda, do seguinte modo, a chegada ao Hospital-Colónia:

- Saímos de Lisboa às 10 da manhã, chegámos aqui às 22 da noite. 12 horas de viagem! Foi no dia 13 de Maio de 1950. Já lá vão 56 anos, uma vida. Tive uma “licença” lá fora que não chegou bem a 12 anos! Estavam dois senhores, o director e o administrador à porta. Eu tinha recebido notícias de cá, que o administrador se via ao longe. Que o director enganava um santo, que tinha palavras de semana santa e obras de Entrudo. Tinha essa informação, e vim à porta, quando nos abriram a porta lá da carroça, que era um carro de transportar porcos [ri-se], mandaram-nos



numa ambulância da direcção regional de saúde. Eu fiquei a ver se percebia qual deles era o administrador e o director. Um falava por baixo do chapéu, esse é que era o director, afinal. Diziam que enganava um santo. Olhava de frente, era leão mas tinha olhar de águia. O outro veio para aqui com 24, 25 anos. Foi o primeiro trabalho dele aqui. A princípio fez muitos disparates. Era o responsável pela disciplina interna. Depois o director percebeu e sobrepôs-se a ele. À primeira vista o administrador pareceu-me um tipo com quem a gente se podia entender. Mas quem falava era o mais velho, por debaixo do chapéu. Eu percebi logo que ele não prestava.

Pensado para constituir uma comunidade harmoniosa, o Hospital-Colónia revelou-se, antes, um objecto de profunda contestação para os internados. Eurico, ao recordar a transição do Hospital Curry Cabral para aquele, estabelece uma comparação que merece ser invocada:

- Quando eu vim para aqui, e todos aqueles que vínhamos do Hospital do Rego, apanhámos grandes decepções. Porque lá a vida era uma, e aqui nós éramos tratados como bichos. (...) Nós, os enfermeiros e os serventes, à noite juntávamo-nos nos quartos e bebíamos juntos, a garrafa de aguardente passava por todos e, felizmente, lá nunca apareceu nenhum doente e aqui também nunca apareceu. Lá eles nunca usaram luvas. Lá em Lisboa éramos todos um, quer fosse enfermeiro, quer fosse doente, éramos todos os mesmos. Nós viemos do céu para o inferno. Eu já sabia mais ou menos do que se tratava e depois comecei a sentir na pele o que era a realidade... ainda tínhamos uma coisa a nosso favor, se isto já era mau, sem isso tinha sido pior, eram as freiras. Ninguém queria vir para cá porque a gente sabia de antemão. Houve um colega nosso que esteve lá internado e que veio para cá. Abalou daqui, fugiu, foi lá ter, esteve lá encarcerado dentro do buraco das malas, eu acolhi-o, durante a noite dormia lá, durante o dia ia pedir para pé do elevador de Santa Justa. (...) A gente pedia comida para o gato ao enfermeiro de serviço. E um enfermeiro dizia: “- Eu tenho de descobrir onde está esse gato!” E descobriu. Nós é que lhe fazíamos os pensos e a partir daí começou a fazer o enfermeiro.

- Não o denunciou?

- Não o denunciou, não. Ali era outra vida! Éramos irmãos todos! Não havia problemas. Os enfermeiros não tinham camas e às vezes dormiam nos nossos quartos. Ai se a doença fosse contagiosa...

Com efeito, o discurso dos ex-doentes acerca do Hospital-Colónia enfatiza o carácter repressivo e autoritário do modelo que aí vigorava. Em conversa com Anabela, à sua menção do fascismo, julguei que fazia referência ao regime do Estado Novo e interpelei-a nesse sentido, ao que ela retorquiu:

- Pois, lá fora também era o fascismo, mas cá dentro também.

Desta forma, os ex-doentes transpõem, simbolicamente, as características do regime ditatorial da época para o interior do Hospital-Colónia. Acusam, assim, o director clínico de ter sido um “ditador” e apelidam o regulamento interno de “fascista”. No mesmo sentido, o eixo que dividia o espaço para mulheres e homens, por Bissaya Barreto apelidado de “linha assexuada”, é nomeado pelos ex-doentes de “Paralelo 38”, em alusão à divisão entre a Coreia do Norte e a Coreia do Sul. Na verdade, em resposta às minhas interpelações iniciais, emergiu um discurso que fazia ecoar a ideia de um espaço hermeticamente ordenado e disciplinado, segundo uma administração vertical e autoritária. Ouça-se Eurico:

- Havia uma estação sonora na colónia, que corria todos os pavilhões e todos os núcleos. O director tinha uma aparelhagem sonora e dali ele dizia assim, quando queria dar catanadas nos doentes: “- O doente não pode fazer isto, o doente não pode ser assim, o doente não pode passar a sebe que circunda o pavilhão, o doente não pode chegar a menos de 30 metros da sebe que circunda a colónia, o doente não pode ir de um pavilhão ao outro...” Quer dizer, o doente não pode nada! O doente era um ser morto! Não podia ter nada! “- O doente não pode ter dinheiro.” Quando falávamos com o director, ele mandava-nos virar a cara para o lado. Foi o maior desgosto que eu tive. Aqui, nunca vivia tranquilo.

Ouça-se, também, Duarte:

- Podiam circular livremente entre os pavilhões?

- Não sem uma nota de serviço. Penso que era a 114. Saía uma nota de serviço todas as semanas. Os ditadores governavam por decreto, um decreto para um ditador era uma lei, aqui governava-se por notas de serviço: “É expressamente proibido, será rigorosamente punido”. Atravessar uma sebezinha, daquelas que ladeavam as estradas cá dentro, estava previsto que era proibido! E ir de um pavilhão ao outro, era impossível sem um cartão de livre-trânsito! Mandaram imprimir uns cartõezinhos!

- Quem é que tinha direito a esses cartões?

- Quem os pedisse, se lhos dessem! “Fulano tal fica autorizado a deslocar-se ao pavilhão tal das tantas às tantas horas”. Tinha que se preencher. Um dia, eu estava lá em baixo no núcleo 1 onde residia a que veio a ser a minha mulher, aproveitei a altura, estava cá novo, ainda não era conhecido, fui por minha conta, que eu não conhecia o caminho. Era homem e ia ver da minha namorada para falar com ela. Falar! Só! Houve um indivíduo que me ensinou o caminho para lá e de vez em quando eu escapava-me. Nesse dia era 13 de Maio e havia a procissão das velas. As

estradas não tinham iluminação, era tudo escuro. Então nos núcleos punham umas laminárias nas janelas, uns copos com azeite. Estava lá a Dália a fazer coisas, arcos e flores de papel, para enfeitar as estradas, e tornar o núcleo o mais bonito possível em relação aos outros, quando entrou o médico, que nos disse a mim e ao rapazito que estava comigo, que não podíamos ir para ali. Perguntou-me: “- O senhor tem aqui pessoas conhecidas?”, “- Pois tenho!”. Pisava o riso deliberadamente. Ele disse-me que eu podia pedir um cartão para me autorizarem a ir lá. Eu pedi! Oh, claro que não mo deram!

Significativamente, os ex-doentes inscrevem laivos de irracionalidade no autoritarismo do modelo organizacional do Hospital-Colónia. Com isso, inviabilizam qualquer possibilidade de inteligibilidade do exercício de um poder por eles considerado prepotente e injustificado, por essa via deslegitimando-o. Tal é particularmente evidente no que respeita à proibição de sociabilidade entre os sexos, como está patente na resposta de Eurico à minha interrogação:

- Porque é que não permitiam que as mulheres e os homens falassem?
- Porque não queriam que houvesse relações entre doentes. Não queriam que houvesse cá casamentos.
- Alguma vez percebeu porquê?
- Porque eram estúpidos! É o que eu digo. Eu tive dois filhos, eu era doente, a minha companheira era doente e, felizmente, a minha filha tem 43 anos, o meu filho tem 41, e até ver não têm doença nenhuma.

Quando coloquei a mesma questão a Duarte, a minha procura de inteligibilidade deixou-o perplexo, vindo, ele mesmo, a interpelar-me em ocasiões subsequentes, afirmando que não fazia sentido procurar descortinar racionalidade em algo que escapava a qualquer justificação lógica:

- Eles não queriam que houvessem relacionamentos, não era?
- Namorar então é que estava fora de causa.
- Mas porquê?
- Oh! Explicar porquê, o que é que ia na mente daquela gente!
- Mas o que é que acha?
- Eu acho que era uma estupidez que alguém se arrogue o direito de mandar nos sentimentos de um homem, quando por vezes nem nós não pensamos. Um indivíduo gosta de uma moça e por

vezes até fazia melhor não gostar, mas gosta, o coração puxa para aquele lado e a gente vai, e haver alguém que se arroga no direito de mandar nos sentimentos de outra pessoa, de um homem, de um moço! Isso é uma estupidez! Vivia-se em ditadura lá fora! Também! Mas aqui a ditadura era pior!

- Mas qual é que era a intenção deles?

- A intenção deles, sei lá! Sei lá agora explicar o que é que ia na mente dessa gente!

A este propósito, alguns dos ex-doentes denunciam uma influência exercida pelos funcionários no sentido do desencorajamento da reprodução. Maurício conta que ele e a sua companheira optaram por não ter filhos porque “isso iria dar problemas no Hospital”. Também Filipe respondeu do seguinte modo, quando lhe perguntei se tinha tido filhos:

- Sr. Filipe, teve filhos?

- Não, era contra.

- Porquê?

- Para fazer doentes como eu?

- Mas a doença não se passa assim...

- Uns diziam que sim e aconselhavam a isso.

- Quem?

- Lá na brigada dos sapateiros. Toda a gente! “Filhos não, filhos não!”

No que respeita à relação entre os internados e os funcionários, as matrizes que desenhavam a sociabilidade entre indivíduos com lepra e indivíduos sãos (os “doentes” e os “de saúde”), eram matizadas pela assimetria de um paternalismo autoritário, protagonizado pelo pessoal técnico e administrativo. Durante as primeiras décadas do seu funcionamento, os funcionários evitavam tocar os doentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da hierarquia interna, numa imbricação sinuosa com a reiteração do estigma. Como explica Amália:

- E como é que era quando ia à sua terra? As pessoas sabiam que estava aqui no Hospital?

- Ninguém ligou. Nós é que temos complexos. Eu, e os outros deve ser a mesma coisa. Nós por vermos aqui o ambiente é que sentíamos aquele complexo dentro de nós. Julga que eu... ainda hoje... se eu for à minha terra, se as pessoas vierem ter comigo eu recebo-as, como recebo qualquer pessoa, mas ir ter com as pessoas não vou. É o tal complexo que a gente sente.

- Complexo de quê?

- Não sei, não sei. Penso assim: “Então, sou uma pessoa doente”...
- Mas já não tem contágio...
- Graças a Deus que não! Já há muitos anos! Já há muitos anos que não tomamos tratamento nenhum para isso.
- Então porque é que ainda tem esse complexo?
- Então, é uma coisa que fica connosco, e que culpa temos nós? Explique-me agora... A menina se agora tiver uma tuberculose, Deus queira que não, mas se tiver uma coisa qualquer, vai sentir um complexo dentro de si, que nem sabe explicar de onde é que isso vem...
- Por causa do contágio?
- Pois claro!
- Mas antes de vir para o Hospital já sentia esse complexo?
- Não.
- Foi aqui que o ganhou?
- Pois. Por causa daquilo que ouvíamos. Por exemplo que a doença podia alastrar. É uma coisa que está cá dentro. É mais forte do que nós. Por ver o que aqui se passava.
- Que tipo de coisas?
- Coisas que até custa recordar! Veremos as pessoas irem ao telefone, havia só um telefone em cada pavilhão, e julga que lhe mexiam? Pegavam com a pontinha da bata! E abrirem as portas ao pontapé! Não chegavam a mão. Era o tal medo que tinham.

Contudo, segundo os ex-doentes, a interdição do toque entre doentes e funcionários radicava, não tanto num efectivo medo do contágio mas, principalmente, numa estratégia de legitimação do subsídio de risco de contágio que lhes era atribuído e que, tal como pude constatar em entrevistas realizadas a antigos funcionários do Hospital-Colónia, constituía um factor determinante para a escolha desse local de trabalho. Ouça-se Eurico:

- Quando fui de licença a primeira vez, foi quando começaram a vir uns ex-internados para cá trabalhar. Precisamente no dia em que saí para a portaria, estava lá um ex-internado que vinha trabalhar cá para dentro. Quando eu vim depois da licença, havia a sapataria e a barbearia daquele lado, e eu fui lá, e ele estava lá empregado como fiscal. Ele tinha-me apertado a mão à saída do portão e cá dentro eu estendi-lhe a mão e ele não a apertou. Com medo que o superior soubesse e o pusessem na rua. Não podia haver contacto entre o doente e o “de saúde”. Não era o “de saúde” ter medo do próprio doente, era ter medo da direcção.
- Mas esse senhor não era doente?
- Tinha sido doente. Mas como estava já com alta... Os doentes não podiam ter contacto directo com aqueles que levavam alta e depois voltavam para cá trabalhar. Tinha que ser à socapa.

Ouçá-se, também, Duarte:

- Quando é que deixou de haver aquela coisa dos médicos e dos enfermeiros não tocarem nos doentes?

- O 25 de Abril é que trouxe abertura, porque acabaram com aquela vergonha de um indivíduo receber subsídio de risco de contágio, parece que o director chegava a receber 25%. Não contactavam com ninguém! Foi nessa altura que houve mais abertura.

A própria geração de um sentimento comunitário parecia estar comprometida pela vigilância contínua e pelo exercício de um poder constante sobre os seus corpos, enquanto doentes de lepra e enquanto internados, como lembra Duarte:

- Acha que se pretendia construir aqui uma comunidade, como uma aldeia?

- Uma comunidade... Os núcleos familiares eram uma pequena aldeia, mas sujeita às leis restritivas de cá. Já isto estava diferente, estava lá no núcleo um cadete com uma gaita-de-beiços, juntaram-se e começaram a dançar. Não sei se apareceu lá alguém de fora, mas de qualquer maneira era ali na rua à tarde, e tocou o telefone. O telefone naquela altura era na sala de pensos, na chamada casa maior. Era o administrador:

“- O que é que se está a passar aí?”

“- Aqui, Sr. Dr.? Estão umas moças a dançar umas com as outras.”

“- Mas o que é isto?”

Foi alguém que lhe foi dizer, talvez um dos chumecos [um internado delator]. Está a ver? Isto foi já num ambiente de grande abertura, mas no entanto ainda havia aquelas picuices, foram-lhe telefonar. Havia essas coisinhas sempre. Estávamos sujeitos ao regime, vá fazer análises, vá ao médico, despíamo-nos e tal, chamava-se fazer o boneco, tinham lá um boneco, faziam pintas. Portanto, estávamos sujeitos a essas coisas todas.

Experimentadas como um ordálio, as análises clínicas configuravam um momento decisivo que sentenciava o futuro dos internados. Consoante os resultados laboratoriais fossem negativos ou positivos, determinavam a concessão ou a recusa de licenças temporárias e de altas provisórias ou definitivas. Significativamente, era com os funcionários do laboratório de análises que os internados mantinham menor contacto. O seu ofício, hermético e ininteligível, e ao mesmo tempo de suma importância para a vida dos internados, produzia

nestes uma profunda ansiedade e constituía-se num objecto de enorme suspeição. A este propósito Belinda e Amália recordam:

Belinda - Na primeira vez que fui lá fora estava aqui há 10 anos, lembro-me tão bem, parece que foi a minha irmã que me veio buscar. Eu estava sentada no carro, e tive que chorar, chorar, até me satisfazer. Tantos anos fechada! 10 anos! Eu não sei se chorei de alegria, se de tristeza!

- Para ir a casa tinham de fazer análises?

Belinda - Tínhamos de fazer umas tantas. Quantas vezes davam todas bem e quando chegava a última dava mal. Eles não queriam que nós saíssemos.

- Devia ser uma ansiedade...

Amália - Esteja calada! Para quem cá estava muitos anos...

Belinda - Eu estive 10 anos! 10! 10 anos cá dentro, sem nunca ir lá fora!

Amália - Se houvesse um azar na família, não tínhamos ordem de ir, se fugíssemos quando chegávamos já sabíamos que íamos presos.

Belinda - Numa ocasião, estava para ir a casa, fiz as seis análises e a última deu positiva. Já não pude ir.

- Como é que se sentiu?

Belinda - Só Deus sabe. Sentei-me na estrada em frente ao asilo a chorar... Nós sabíamos muito bem, se fazíamos durante seis meses e só a última é que dava mal? Eles é que faziam trapaça... Porque não queriam que fossemos lá para fora. Fez-se aqui muita maldade...

No mesmo sentido, recordam, também, João e Filipe:

João - Para estarmos negativados, tínhamos de ter 12 análises seguidas negativas. Mas se vissem que a pessoa estava cá há pouco tempo, davam a análise positiva, para não a deixar ir.

Queríamos muito saber os resultados, quando saía uma prova positiva ficávamos chateados ao máximo! Numa vez em que me fizeram análises tiraram pele do nariz, ainda tenho a cicatriz. Fiz aquilo para me ir embora mas quando veio o resultado não pude ir, estava positivo! Senti-me virado do avesso! Fiz 12 análises seguidas negativas e agora faço uma para me ir embora e põem-na positiva? Desconfiei claro! Éramos obrigados a desconfiar. Nem era desconfiar, porque nós tínhamos a certeza de que eles o faziam! Quando estávamos negativados, pedíamos licença. Aí tínhamos de fazer análises 48 horas antes e depois uma outra. Uma vez em que pedi para ir de licença, estava aí um analista que, quando fui fazer a segunda análise, me disse que a primeira tinha dado bem mas que a segunda ia dar mal. Quando fui saber o resultado, disseram-me que não podia ir. Fui ao laboratório para tratar mal, não só em palavras, o enfermeiro que me tinha feito isso. Ele, sabendo o que fez, fechou-se no quarto. Eu abalei, chateadíssimo ao

máximo. Naquele tempo não sentia problemas nenhuns que justificassem estar aqui. O médico que aí estava disse-me que eu ia repetir as análises. Repeti e deu negativo! Eram os enfermeiros que queriam segurar aqui o pessoal. Uns diziam que tinha acusado vestígios, outros que tinha acusado uma poeira. Ainda hoje não sei o que é uma poeira!

Filipe - Outros diziam que eram uma sombra! Estragavam as análises para não nos deixarem sair!

A própria prática clínica era minuciosamente escrutinada, e as sequelas incapacitantes, decorrentes da evolução da doença são, por vezes, atribuídas à medicação tomada ao longo dos anos, como afirma Amália:

- A gente entrava aqui perfeita e depois ficávamos assim. Na minha terra perguntam-me: -“Em que hospital é que tu estás, que foste para lá perfeita, vieste cá tanta vez perfeita e agora estás assim?”.

Muito embora a intervenção biomédica se tenha constituído num objecto de controvérsia (estendido, ainda, aos dias de hoje), fazendo-se referências a práticas de experimentação de fármacos nos doentes internados, bem como a sobredosagens na medicação, nem todos os ex-doentes atribuem as sequelas à medicação administrada, mas antes à carência de uma medicação eficaz, como é o caso de Duarte:

- O meu passado clínico é que também está a influenciar isto. Eu estive 10 anos no Hospital do Rego com a lepra a crescer comigo. Fui para lá com 1 metro e 35 e a lepra a crescer comigo, sem tratamento!

Contudo, apesar da rigidez da regulação interna, os internados construíram activamente o seu modo de vida no interior do Hospital-Colónia. Enquanto dispositivo, o Hospital-Colónia foi sujeito a práticas de apropriação, de contestação e de subversão pelos internados. Mais do que isso, foi, também, transformado, pela agência dos últimos, como pude começar a antever nas suas narrativas acerca do quotidiano. As histórias pessoais e colectivas acerca do dia-a-dia no Hospital-Colónia anunciaram, assim, uma dissonância entre a ênfase que os ex-doentes colocam discursivamente no autoritarismo do regulamento interno do Hospital-Colónia e a autonomia, ainda que contingente, do seu modo de vida no interior do mesmo.

É com notória saudade que Cândida recorda:



- Havia doentes com dois barcos para apanhar limos na lagoa para as terras, e nós andávamos nesses barcos. Passámos ali grandes bocados aos domingos. Íamos para lá, fazíamos um lanche, piqueniques. Iam as Irmãs com a gente. Mesmo as Irmãs, era proibido, mas iam daqui com as raparigas e iam lá fazer aqueles lanches. Naquele tempo a gente vivia só com as Irmãs. Havia apenas dois enfermeiros. É como digo, onde passei os meus melhores tempos foi no núcleo 1. No Verão havia sempre cinema à quinta e ao domingo, vinham cá muitos ranchos cantar, de Cantanhede, de Pereira do Campo, de Ançã. Os doentes faziam teatro e vinham cá também outras pessoas fazer teatro. Havia muitas diversões. O Carnaval era um inferno vivo. Fazíamos judiarias uns aos outros que era uma coisa doida. Os rapazes que trabalhavam nas oficinas passavam no núcleo e era só judiarias, era farinha, era tudo! Coisas que não se esquece. Claro, com tanta malta nova! Só queria que visse, a mocidade que cá havia.

A seguinte recordação de Belinda, ilustra como no quotidiano os internados torneavam o modelo organizativo do Hospital-Colónia, apropriando-se do espaço interno, mas estabelecendo, também, relações com o espaço externo ao Hospital-Colónia:

- A comida não se podia comer e nós tínhamos umas panelinhas e vínhamos fazer fogueira cá fora no pinhal. Um dia, eu mais a Lixívia, éramos três, fomos levar couves a um senhor na Eira, o guarda apanhou-nos e levou-nos para a cadeia. Estivemos na cadeia três dias.

Sobre as penas na cadeia, João e Filipe recordam:

João - Passávamos muito tempo na cadeia, mas também lhes dávamos cabelos brancos, dávamos-lhes muito que fazer!

- E o Sr. Fernando, alguma vez foi preso?

Filipe - Cinco vezes só.

- Como é que foi isso?

João - Um guarda participou de mim, por ter vinho e uma garrafa de aguardente. De dia tinha que trabalhar e à noite dormia na cadeia. Nessas cinco noites, fui três vezes lá fora.

- Como? Os guardas não davam pela sua falta?

Filipe - Ia e vinha. Numa vez cheguei lá e estavam os guardas à minha espera, que eu entrasse para a cadeia. Andava a trabalhar na copa. Ia lá e vinha. Vinha à noitita.

Também em conversa com Augusto e Cândida, o primeiro recordando as penas que cumprira na cadeia do Hospital-Colónia, assinalava a insubmissão ao autoritarismo interno:

Augusto - Metia uma toalha, abria a porta e ia à minha vida de noite.

- Saía quando queria?

Augusto - Não era bem quando queria. Tinha lá a GNR.

- E tinha medo deles?

Aparício - eles é que tinham medo de mim, podiam apanhar a doença!

- Eles tinham medo da doença?

Cândida - Alguns não tinham medo, até arranjavam cá meninas.

Augusto - Éramos três homens naquela casa do núcleo, nenhum ficava em casa à noite. Tínhamos criada para nos fazer o comer. Eu trabalhava na carpintaria e os outros na secretaria. E jogávamos todos futebol. À noite toda a gente saía.

- Para a Tocha?

Augusto - Qual Tocha! Para quê a Tocha? Ia para o núcleo 1 que era onde tinha a minha rapariga.

- Então e não era apanhado pelos guardas?

Cândida - Oh menina, eles guardavam os guardas!

A proibição dos relacionamentos entre mulheres e homens, interpretada pelos internados como um artil que visava a extinção da doença, era acintosamente ignorada, desenvolvendo-se estratégias que permitiam contornar o olhar atento dos guardas-civis. Sobre a divisão do espaço entre os sexos, afirma João:

- Para lá desta estrada que vem da portaria até à secretaria era um mundo, para cá era outro. Para nós passarmos esta fronteira era um problema.

Duarte, o primeiro internado a contestar essa proibição, conversando em público com aquela que viria a ser a sua esposa, recorda uma prática chamada pelos internados de “funeral”:

- No caminho para a capela davam-se três passos à frente e dois atrás. Enquanto isso, os rapazes fingindo ler o jornal, conversavam com as raparigas.

De facto, muitos relacionamentos foram gerados no Hospital-Colónia, resultando em casamentos secretos e em nascimentos de crianças ilegítimas. Com o passar do tempo, o acumular de protestos dos internados e a ineficácia das medidas repressivas, os

relacionamentos foram sendo, numa primeira fase activamente ignorados, até se tornarem finalmente autorizados. Lembra Eurico:

- Os que se queriam casar cá, acabavam por casar. Pediam licença ou um atestado de 15 dias e casavam-se lá fora.
- E voltavam casados...
- Voltavam casados e não havia nada a fazer.

Ilustrando as estratégias desenvolvidas, Augusto conta a seguinte história:

- Então ele vestia-se de mulher, e levava uma corda porque o asilo era alto. A saia era da colega e no cabelo punha um xaile. Ficava lá toda a noite e de manhã sabia que elas iam para a missa cedo e ele tinha que se levantar para vir embora, mas às vezes atrasava-se um bocado e então quando vinha a sair as velhotas viam-no e chamavam-no e ele desatava a correr e elas diziam:  
“- Então é uma velha e corre tanto?”

Também as fugas, apesar de severamente punidas por meio da captura e do isolamento, eram constantes e variadas. Alguns internados fugiam sucessivamente, recusando por completo permanecer no Hospital-Colónia, outros em ocasião de licenças para visitar os familiares optavam por prolongar a sua estadia, outros porque queriam realizar algo em concreto (como ir ao santuário de Nossa Senhora de Fátima ou comprar alguma coisa, muitas vezes para contrabandear no interior do Hospital-Colónia) e, finalmente, havia os que tendo a sua família a viver nas imediações do Hospital-Colónia iam passar a noite a casa e voltavam pela manhã:

Anabela e Odete contaram-me, divertidas, a fuga para Fátima. Juntaram-se quatro raparigas, todas trabalhadoras no hospital central, combinaram com uma colega para que as esperasse junto à sebe com as roupas para substituírem as fardas de trabalho e partiram num “carro de praça”. Quando voltaram, foram chamadas ao gabinete do director, que as mandou prender. Elas protestaram por serem presas por ir ao santuário de Fátima, como se, assim, a fuga fosse inócua ou até nobre. Contudo, a ordem de prisão manteve-se, mas para duas de cada vez, de modo a que o hospital central não ficasse desprovido de trabalhadoras para as limpezas. As duas primeiras levaram para a prisão um rádio às escondidas e passaram o tempo a dançar e a cantar. Anabela foi uma delas e disse-me: -“Eu até gostei de estar presa!”

(Excerto do Diário de Campo)

As fugas eram realizadas mediante a entreajuda entre os internados. Como no caso de internados que, estando a viver nos núcleos familiares, substituíam um “colega” durante a noite num dos pavilhões, uma vez que nos primeiros a vigilância era menor e que nos segundos eram conduzidas duas rondas nocturnas pelos quartos. Outras estratégias eram desenvolvidas, tais como a manufactura de bonecos, os “palhaços”, em vista a iludir os guardas-civis durante as rondas nocturnas, ou outras, como a que recorda Cândida:

- Ele criou a cadela e ensinou a cadela a ladrar aos guardas. Atiçava a cadela aos guardas. Os guardas não podiam entrar no núcleo, que ela atirava-se a eles. Então, ele quando queria ir lá fora buscar vinho, ou até ir a casa, ele morava aqui perto, ia mais a cadelita. A cadela caçava a sebe toda até ao núcleo 3, se visse um guarda ladrava, já sabia que andava ali bicho perto. Se não visse, ele lá ia descansado lá para fora.

Mas não só de transgressão se constituía a contestação, esta era, também, realizada através do confronto directo com a administração hospitalar, como está patente no seguinte episódio evocado por João:

- O Santos Silva fazia isto ruim e dava risco de contágio aos empregados. Uma percentagem de risco de contágio. E eles para segurarem o risco de contágio afastavam-se da gente. Havia um enfermeiro que jogava às cartas e ao dominó com os doentes, mas que, na hora da refeição, para dar os comprimidos calçava umas luvas. Aquilo caía mal como um raio. Por causa disso, eu e o meu irmão deixámos de tomar os comprimidos. Ele participou ao director. Veio uma ordem para às tantas horas estarmos todos no refeitório do rés-do-chão. O médico perguntou-nos porque é que nos tínhamos recusado a tomar os medicamentos. O meu irmão disse: “- O enfermeiro faz isto assim e assado, e para dar os comprimidos calça umas luvas. Portanto, se ele tem medo de pegar no comprimido com as mãos é porque o comprimido não está em condições de tomar e eu não tomo.”. O médico, então, disse que quem se tinha recusado, que passasse para um dos lados e os outros para o outro lado. Naquele tempo muitos tomavam a sulfona injectável. Esses não faziam parte daquela bicha, eram só os que tomavam os comprimidos. Até os da cadeia tiveram que ir para lá. Não vieram, mas o nome deles teve que ir. A nossa parte, dos que se recusavam, era maior que a outra. Vencemos! O enfermeiro ficou mal-encarado comigo. Nunca mais calçou luvas para dar os comprimidos. Como estávamos cá contrariados, tínhamos muita força, porque sabíamos que eles não nos mandavam embora, agora é o contrário.

João enuncia, aqui, o paradoxo do usufruto de um poder que resultava da própria condição de uma clausura forçada. Em conformidade, era levada a cabo uma luta política. Uma das mudanças mais significativas operadas no interior do Hospital-Colónia, em meados da década de 1960, com consequências profundas ao nível do seu regulamento interno, foi gerada por um grupo de internados que, mediante o estabelecimento de uma correspondência que percorria um caminho sinuoso até chegar ao Ministério do Interior, reivindicou a realização de uma inspecção que resultou na substituição da administração. Os ex-doentes chamam, hoje, à transformação ocorrida no decurso desta mudança o “nosso 25 de Abril”, fazendo referência à Revolução dos Cravos de 1974.

A própria organização interna do Hospital-Colónia demonstrou uma maior porosidade com a agencialidade dos internados do que seria de prever. Verifiquei no decurso da pesquisa arquivística, a existência de correspondência, datada do início da década de 1970, entre o administrador e um internado, que exemplifica um processo de negociação das directrizes internas. Na realidade, os internados puderam contar com o auxílio de alguns funcionários no sentido da subversão das regras relativas à circulação de dinheiro, de géneros alimentares, de bebidas alcoólicas, do jogo ou do recolher obrigatório. A este propósito, lembra Cândida:

- Esteve cá um senhor que fez coisas por nós, que se fosse acusado ia para a rua. Porque mesmo as assistentes sociais... eu não devia falar isto, mas falo porque é verdade... traziam-nos o que era preciso, mas nem o dinheiro recebiam das nossas mãos. E esse senhor trabalhava na tesouraria... era um santo... eu cheguei a ir comer a casa dele, vinha cá, cumprimentava a gente. Pronto, uma pessoa impecável. Então fazia-nos requisições... isto nem se pode dizer! Chamava-nos e entregava-nos o dinheiro! Ora, se ele fosse acusado ia para a rua. Como as Irmãs, também fizeram coisas por nós que mais ninguém fez.

Esta porosidade estendeu-se à própria prática clínica. Devido à escassez de pessoal de enfermagem, muitos internados assumiram essas funções, nomeadamente a administração da medicação ou a mudança de pensos. Eurico foi um deles:

- Eu era ajudante de pensos dos enfermeiros e dei muitas injeções. Uma vez um médico que estava cá foi ver um doente que estava na casa 6 com uma doença de pele. Levou-me à sala de pensos e disse-me para eu dar a injeção. E assim foi. Porque ele tinha medo da doença e então para não estar a calçar luvas disse-me para eu dar a injeção. Às vezes um simples ajudante de enfermeiro tem mais prática do que um médico. Eu cheguei a trabalhar em 3 casas ao mesmo

tempo, daquelas pequenas. Ajudava o enfermeiro, fazia as seringas, enrolava as ligaduras, que nessa altura eram aproveitáveis.

- Vocês tinham acesso aos medicamentos?

- O ajudante de pensos tinha. Passava-lhe tudo pelas mãos. Fazia-se o trabalho para que quando o enfermeiro chegasse tivesse as condições para trabalhar, e muitas vezes o trabalho já estava feito.

Amílcar, que também trabalhou durante largos anos como assistente de enfermeiro, reivindica:

- Faço tão bem um penso como qualquer enfermeiro.

Por outro lado, não apenas os internados mantinham um fluxo de transgressão da fronteira que separava o Hospital-Colónia do espaço público, como se verificava, igualmente, uma afluência da população que vivia nas suas imediações, em incursões não autorizadas. Em conversa com um funcionário do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais, que morou no bairro dos funcionários durante 25 anos, uma vez que ambos os pais foram funcionários do Hospital-Colónia, aquele declarou que, apesar de não ser fácil penetrar no Hospital-Colónia, em criança visitava frequentemente esse espaço, assistindo às partidas de futebol dos internados ou indo para a lagoa. No mesmo sentido, Eurico recorda:

- Ao domingo enchiam-se as ruas de gente lá de fora. Aí é que estava o contraste. Durante a semana a gente não se podia aproximar menos de 30 metros da sebe, e ao domingo isto enchia-se de gente a passear de um lado e para o outro. A maior parte das pessoas não tinha cá ninguém. A Tocha era uma aldeiazita morta, não tinha nada. As pessoas vinham aqui porque viam movimento e quando sabiam que vinha aqui um rancho deslocava-se tudo.

- E deixavam-nas entrar?

- Elas entravam por todo o lado!

- Entravam à socapa?

- Entravam à socapa e cá dentro não se sabia se eram doentes ou não.

- E as pessoas não tinham medo?

- Pois não. É a tal coisa.

Em suma, o Hospital-Colónia constituiu um objecto de disputa para os internados mas, igualmente, de apropriação. Exemplo disso, é a reivindicação, que descrevendo o Hospital-

Colónia como um “jardim” (numa reprodução do discurso esteticizante de Bissaya Barreto), de a obra do Hospital-Colónia constituir um produto estético sobre o qual reclamam autoria. Com efeito, grande parte dessa obra resultou do trabalho dos internados, que construíram uma porção significativa das suas infra-estruturas. Por outro lado, o próprio modelo educativo que informava a estrutura interna do Hospital-Colónia foi incorporado pelos internados de uma forma que pode ser descrita como estratégica e selectiva. Assim, muitos beneficiaram da alfabetização e da formação profissional, rejeitando, ao mesmo tempo, a subordinação a uma hierarquia autoritária.

Este uso estratégico e selectivo do dispositivo é atestado pelos sucessivos reinternamentos dos ex-doentes, após alta hospitalar, por necessidade de apoio económico ou de assistência médica. O Hospital-Colónia, ao ter configurado um papel de intermediação entre os indivíduos nele internados compulsivamente e o Estado, constituiu-se para aqueles num interlocutor para a resolução de procedimentos burocráticos ou para a concessão de subsídios. Veja-se o caso de Eurico:

- Eu fui-me embora em 1972. Já lhe contei de me quererem dar alta forçada... compulsivamente... e de eu não querer. Eu disse-lhes: “- Eu tenho aqui um perfurante e enquanto isto não sarar eu não vou nem para casa, nem para Tábua, nem para lado nenhum, tenho que sarar aquilo. Eu tenho um filho e uma filha, se for lá para fora, tenho eu que ir trabalhar para os sustentar a eles, que eles são pequeninos. Por isso não vou, não saio nem morto.”. Aqui tinha o subsídio daqui e também tinha o abono de família de lá. E não gastava e ainda levava para casa.
- Se saísse do Hospital perdia o subsídio?
- O subsídio de cá sim.
- Mas não era a mesma coisa que o ordenado?
- Não, o ordenado era uma coisa e o subsídio outra.

Porém, a maioria dos ex-doentes retornava ao Hospital-Colónia após a cura, devido à progressão da lepra no organismo, que conduzia a sequelas como ulcerações. Dada a idiossincrática especialização em leprologia do Hospital-Colónia no país, era aí que encontravam uma assistência médica adequada. Lembra João:

- Em 1977 eu estava cá mas a minha vida era lá fora. Vinha cá por problemas que me surgiam. Vinha cá e assim que me cortavam o que vinha cortar, ia-me embora. Continuava lá com a minha vida. Quando vim para cá, não vinha a pensar ficar cá de vez. Muito longe disso! Mas

tive muitos ferimentos. Depois de me casar, vim cá cortar este dedo e estive cá nem um mês e fui-me embora. Mais tarde vim cá e já fiquei mais tempo. O problema era do trabalho, estava nas obras, a mexer em cimento, etc. E esta mão não tinha muita sensibilidade. Tanto que foi a mais atingida. Este dedo entortou. Era da doença. Para agarrar uma coisa qualquer era difícil. E tinha que trabalhar, não tinha ajudas, e pisava-o com a enxada.

Ainda assim, casos houve em que, após alta hospitalar, as análises periódicas que visavam controlar a negatividade baciloscópica, revelando uma recidiva da lepra, reconduziram o sujeito de volta para o Hospital-Colónia. Isso mesmo sucedeu a Adriana:

Regressada à sua terra, dedicou-se à agricultura. Após oito anos, a vizinha que possuía o único telefone na aldeia, comunicou-lhe que recebera um telefonema avisando que a brigada móvel ia buscar Adriana. Foi assim, “de repente”, que se viu na iminência de ser novamente internada. Enquanto me contava este episódio, Adriana assumiu uma expressão facial de enorme desgosto, e de dureza, também, e lembrou como disse à vizinha que iria arrumar as suas coisas e que se encaminharia para o local combinado. Não teve tempo de se despedir da família, nem de arrumar as suas coisas e distribuir os seus poucos pertences. Isto revoltou-a. Descreve esse momento, em que “notificada” que voltaria para o Hospital-Colónia, a foram buscar “como se fosse uma criminosa”. Para ilustrar a violência desse momento, disse-me: “ - Imagine que agora a vinham buscar, sem a avisar, para a levar para longe, para a fecharem num Hospital”. Quando a questioneei sobre o motivo pelo qual voltara a ser internada, respondeu que, provavelmente, alguém a denunciara como doente. Muito embora lhe tenham dito que as análises deram positivas, ela contesta esse resultado, afirmando que fora manipulado, e conta que uma das assistentes sociais lhe disse que as análises estariam negativas e que lhas quis mostrar para que lesse, mas Adriana, por não saber ler, não as quis ver.

(Excerto do Diário de Campo)

Também a actual permanência no Serviço de Hansen, sendo interpretada pelos técnicos desse Serviço como motivada pela fragilidade das suas redes afectivas e sociais, é explicada, pelo contrário, segundo os ex-doentes, pelo facto de aí obterem um apoio clínico e financeiro, inviável no exterior. Neste sentido, a residência no lugar do antigo Hospital-Colónia resulta, sobretudo, de uma opção pelas melhores condições que aí lhes são oferecidas, relativamente àquelas que teriam, caso regressassem aos seus meios de origem. Ouça-se Augusto:

- Há quanto tempo é que voltou de vez para cá?



- Mais de 20. A Adelaide diz que foi quando cortou a perna, e já fez 20 anos. Vim para os pavilhões, estive no sete, no hospital, no asilo. Comecei a ter umas infecções num pé, que ainda hoje tenho. Tinha que comprar medicamentos por causa das infecções. Um dia deu-me na cabeça e vim aqui. Além de eu receber o subsídio da caixa, tinha que trabalhar no restaurante e o pé sangrava, era difícil.

No mesmo sentido refere Cândida:

- As minhas pernas estão uma desgraça, tenho de levar tratamento todos os dias para as dores. E é um de manhã e outro à noite. Porque senão, também não estava aqui!

Em conversa com João e Duarte, o primeiro, que visita frequentemente a mulher e os filhos, respondeu assim à minha interrogação:

- Porque é que não fica em casa com a sua família?

Duarte - Problemas... tem diabetes e tal.

João - Se eu ficasse lá, a minha pensão não chegava para os medicamentos e tratamentos.

Duarte - Acha que ainda tínhamos de pagar depois de termos aguentado aqui no Rovisco Pais 50 e tal anos, a sofrer aqui, ainda tínhamos que pagar?

- Quando vai a casa dão-lhe os medicamentos ou tem de os comprar?

João - Lá tenho que os comprar.

Adelina, a última pessoa a ser autorizada a entrar no Serviço de Hansen, habitando hoje numa casa do núcleo familiar, explica que prefere permanecer aí, uma vez que a casa que possui na sua terra não oferece as mesmas condições de habitabilidade. Por outro lado, conta que “lá fora”, enfrentou graves problemas de saúde e que, sentindo-se muito desapoiada, pediu para regressar. No antigo Hospital-Colónia, diz ter “tudo perto”, ao passo que “lá fora está tudo longe”.

As afirmações de Adelina ilustram um facto indesmentível acerca desta instituição e da vida daqueles que por nela passaram, nomeadamente que o Hospital-Colónia reuniu condições de habitabilidade e de acompanhamento médico que, para a maioria dos internados, não seriam acessíveis fora do mesmo. Isso mesmo declara Filipe, que aprendeu a ler na escola curricular do Hospital-Colónia:

- O Hospital tinha melhores condições?

- Então pois tinha! Quem não tinha nada, nada, aqui tinha casa, tinha comida, tinha médico e tinha remédio! E lá fora não.

O Hospital-Colónia, enquanto objecto de contestação, é-o, sobretudo, no que respeita aos métodos que accionou para o internamento dos doentes de lepra e na gestão proibitiva do quotidiano. Inquestionavelmente, os ex-doentes reconhecem a necessidade de medidas de combate à lepra. Aquilo que questionam é o modelo que foi alteado, e que significou a sua invisibilização disciplinar e o atalhar da sua cidadania. Acerca disto, afirma Duarte:

- O Hospital cumpria a sua função mas podia ter sido mais humanizado.

Em grande medida, o seu discurso em torno da ideia de cárcere é, mais do que um enunciado que os vitimiza, uma estratégia importante de reivindicação.

Durante o processo de reconfiguração do antigo Hospital-Colónia, na década de 1990, os ex-doentes viram-se na iminência de ter de o deixar ou de pagar pela sua estadia. Perante o que, os ex-doentes, juntamente com Madalena Rico, a última assistente social a laborar no Serviço de Hansen, e cuja carreira profissional foi inteiramente passada no Hospital-Colónia, encetaram uma luta pelo direito vitalício dos ex-doentes a permanecer no antigo Hospital-Colónia, apelando a diversas instâncias decisórias. Essa reivindicação foi bem sucedida e a legislação decretada em 1996 assegura essa prerrogativa (*Diário da República*, 1996). No mesmo período, foi sugerida a saída das Irmãs de São Vicente de Paulo. Novamente, os ex-doentes, juntamente com Madalena Rico, contestaram essa intenção e conquistaram a garantia de uma estadia vitalícia das três religiosas. A propósito disto, diz Cândida:

- Quer dizer, quando eu me queria ir embora, não me deixaram, e agora queriam-me obrigar a ir embora. Sabe o que é que eu penso? Sabe porque é que eu vivo mais triste? Porque, primeiro fizeram o que fizeram, destruíram tantos lares. Isto foi oferecido para nós. Infelizmente. Porque a nossa desgraça foi a sorte da Tocha. E no fim, tantas casas que deixaram cair, lá que pusessem isto livre, tudo bem. Agora, fecharem a porta... Alguns precisavam de cá vir. Já nem uma consulta aceitam a um doente que esteja com alta lá fora. Nem uma consulta.

No mesmo sentido, afirma Filipe:

- Antigamente queriam isto cheio, agora não deixam cá entrar ninguém. Os doentes são tratados lá fora, mas já não são internados. Fecharam-nos aqui, agora não nos podem mandar embora.

Ao realçarem a opressão do internamento compulsivo sofrido no passado, os ex-doentes exigem hoje, e em contrapartida, o direito a permanecer no Serviço de Hansen e a receber cuidados médicos e de assistência social continuados. Para os ex-doentes o Hospital-Colônia significa, ao mesmo tempo, um espaço terapêutico e comunitário onde desenvolveram laços afectivos e actividades profissionais, e uma prisão que os arredou do espaço público. Motivo pelo qual, ainda que optem por aí residir, e após décadas de residência no mesmo, onde desenvolveram as suas vidas, estabeleceram relações afectivas e trabalharam, resistam a considerar esse espaço como um lar. Tal como foi dito a propósito de Carville (Fairchild, 2006: 1-2):

“Carville situava-se numa encruzilhada entre a subjugação e a liberdade: apesar da existência de uma organização habitacional sem precedentes, devido à realidade do confinamento compulsivo era demasiado como um hospital para ser um lar; apesar das suas características penais, devido à invulgar autonomia que os pacientes desfrutavam, era demasiado como um lar para ser um hospital.”

### **5.3. A contestação da *morte em vida***

Como se viu, as narrativas dos ex-doentes contrariam a ideia de uma “morte em vida” imputada aos doentes de lepra. No Hospital-Colônia emergiram redes de sociabilidade, práticas dotadas de intencionalidade e constelações de sentido, em maior articulação com o espaço público do que a representação social do doente de lepra vaticina. Por outro lado, o retorno às suas comunidades, em ocasião de licenças temporárias ou após alta hospitalar definitiva, decompunha a ideia de uma vida interrompida. Notoriamente, esse foi um aspecto decisivo para a desconstrução da percepção pública da lepra, como recorda Cândida:

- Gostava de ir à sua terra?
- Sempre ia passear, ia à missa, ia visitar algumas pessoas que nunca me desprezaram.
- Tinha amigos lá?
- Do meu tempo não, porque depois deixei de os conhecer.
- E as pessoas da sua terra sabiam que vinha do Hospital?
- Sabiam.
- E tinham medo?

- Quer dizer, antes disso algumas tinham muito medo, depois perderam o medo.

A este propósito, Adelina explica que na sua terra já não existe o medo social que a instigou ao internamento voluntário no passado, oferecendo para esse facto a seguinte explicação:

- Ficaram admirados por eu não ter morrido e viram que eu me curei.

Também como instrumento de contestação pública da imagem da doença, foi publicada, em 1956, no Hospital-Colónia, a primeira edição da revista dos internados *Luz*, na esteira da congénere *The Star*, publicada na leprosaria de Carville, ambas almejando desmontar a representação social do doente de lepra como um sujeito intocável, “morto em vida” (*LUZ*, 8-12-1956: 1):

“Pela primeira vez apresentamos ao público este jornal LUZ. É um símbolo que se destina a dissipar as trevas que envolveram o flagelo «LEPRA» que, desde os tempos bíblicos até há bem pouco tempo, era considerado como incurável. Actualmente, pode afirmar-se, graças aos modernos processos de tratamento com as Sulfonas, que esse mal é perfeitamente curável, no maior número dos casos. Persistem ainda muitos erros e preconceitos sobre essa doença e suas vítimas. Para os eliminar de vez nos resolvemos a editar este modesto jornal. Para ele contamos com todo o vigor e sinceridade de que nos achamos possuídos.”

Compilando testemunhos, poemas, histórias e notícias internas, esta publicação procurava reflectir sobre o quotidiano no Hospital-Colónia e sobre a experiência da doença, estabelecendo pontes com outros contextos referentes à lepra, nomeadamente no que respeitava à investigação epidemiológica e à defesa dos direitos dos doentes, encetada por personalidades como Raoul Follereau<sup>43</sup> (*LUZ*, 8-11-1958: 4):

“E amar-nos não é difícil, não é tão difícil como poderá afigurar-se – basta que, atirando para bem longe a venda dos preconceitos que impede de fitar a luz resplendente que dealba nos horizontes hanzenianos, nos considerem: doentes, como os outros doentes; curáveis, como os outros o são; recuperáveis e úteis para a sociedade, como quaisquer outros.”

---

<sup>43</sup> Raoul Follereau (1903-1977), o “apóstolo dos leprosos” ou “vagabundo da caridade” como ficou conhecido, teve um papel fundamental no combate à lepra à escala mundial. Esteve na origem de numerosos projectos e iniciativas de sensibilização política para o problema médico e social da lepra. Raoul Follereau visitou o Hospital-Colónia no final da década de 1950.

Ao publicar a *Luz*, os internados do Hospital-Colónia juntavam as suas vozes a outras que se erguiam em diversas regiões do mundo, enunciando a recusa em incorporar uma identidade desenhada pelo estigma (*LUZ*, 8-11-1958: 5):

“«Ano Novo, vida nova» - dissemos, no princípio desta mal alinhavada crónica. O curso do ano se encarregará de mostrar em que medida essa vida será nova. Poderá não o ser – em alguns casos, talvez muitos – no sentido duma renovação de mentalidade absolutamente preconceituosa; sê-lo-á, porém, sempre, neste sentido: sempre em frente, com inabalável firmeza, na reconquista dos postos a que, na sociedade e no trabalho, temos inteiro direito!”

A mesma recusa que conduziu, no passado, um grupo de internados, onde se incluía Duarte, a endereçar ao Vaticano uma reivindicação, exigindo a actualização das referências à lepra nos Evangelhos, em acordo com os dados científicos disponíveis. Reivindicação que foi respondida com uma recusa, abonada pela declaração de um comprometimento da Igreja Católica no apoio caritativo aos doentes de lepra.

No mesmo sentido, no passado ano de 2006, em resposta ao discurso proferido pelo Cardeal Patriarca de Lisboa D. José da Cruz Policarpo, nas comemorações do dia mundial do doente, durante as quais o último terá citado passagens do Levítico referentes à lepra, Duarte remeteu ao mesmo uma carta, que passo a transcrever:

“Decorria o ano de 1954 em dias e mês de que não guardo memória, sob a égide suprema de Sua Santidade o Papa Pio XII, realizava-se em Roma um Congresso de Leprologia com a participação dos mais insignes leprólogos da época. O Santo Padre queria saber a opinião dos Mestres face aos velhos textos bíblicos que de lepra tanto falavam. Tive em mãos o opúsculo que relatava as conclusões do referido Congresso e nele se lia, entre outras coisas, esta textual afirmação: «A lepra é das doenças transmissíveis a menos transmissível que se conhece, em nada se justificando a discriminação a que os portadores desta patologia têm estado sujeitos.» Dizia-se mais adiante que os vocábulos «lepra e leproso» pela carga negativa que transportavam, vinda da poeira obscurantista dos milénios, deviam ser substituídos na linguagem corrente, pelos termos «Doença de Hansen e Hanseniano». Pondo em confronto o pouco que acima fica dito, com o que se passou, apenas como mero exemplo (muito mais se terá passado por esse Portugal) na Eucaristia presidida por V. a Eminência, comemorando o dia mundial do doente, e o contraste é chocante. Cabe perguntar: porque é que os membros da Igreja Católica, de simples

sacerdotes até ao topo da sua hierarquia, quando desejam falar de algo que não conhecem não se dignam seguir o exemplo de Pio XII?!!!

Diz o bom povo que de bem intencionados está o inferno cheio. Neste caso concreto tenho que acrescentar aos bens intencionados os mal avisados. Mas neste século XXI e no assunto vertente, só não é avisado quem quer!...

Porque me sinto injustiçado, sem mal fazer a ninguém aqui deixo o meu lamento e o meu veemente protesto.”

É com recurso ao saber biomédico que os ex-doentes contestam, hoje, as imagens públicas adscritas à lepra. Na verdade, verifica-se uma apropriação dupla do conhecimento produzido pela biomedicina sobre a lepra.

Assim, retrospectivamente, os ex-doentes atribuem o repúdio social de que foram alvo à pedagogia profilática protagonizada pelo Hospital-Colónia. Esta acepção, por um lado tem relação com o processo de medicalização da lepra, em Portugal, encetado por aquela instituição, e que instigou uma ampliação da percepção pública da lepra como uma doença contagiosa, transmissível através do contacto físico com os indivíduos infectados. Por outro lado, os ex-doentes ao terem operado uma transposição simbólica da causalidade da exclusão social e segregação por eles sofrida, da lepra para o Hospital-Colónia, puderam atalhar a auto-rejeição que as metáforas aviltantes inscritas nesta doença poderiam induzir nos próprios, recusando a incorporação de uma identidade imbuída com ideias de poluição. Esta é uma estratégia descrita, também, por Goffman (1961: XIII) nas “instituições totais”.

Em torno, os ex-doentes apropriam-se, hoje, do discurso biomédico, sob uma lógica inversa, isto é, como um instrumento de controvérsia em torno do próprio conceito de contágio, acompanhando, também, as mudanças internas desse mesmo discurso. Assim, os ex-doentes contestam a ideia da elevada transmissibilidade da lepra, chegando, inclusive, a negá-la em alguns casos, e atribuem o medo social à ignorância e à carência de informação. Como evidência para a diminuta proliferação da doença, invocam o facto de jamais ter ocorrido um caso de contágio de lepra em toda a história do Hospital-Colónia. Afirma Amália:

- Mas graças a Deus que tem aqui trabalhado muita gente, (agora não, que agora ninguém dá contágio, mas antigamente sim) e chegaram a estar cá 1 500 doentes. Eram uns sobre os outros. Isto era horrroso. Tanta gente que esteve cá a trabalhar, em todos os sectores, tanta pessoa “de saúde”, e nunca ninguém cá se contagiou. Isso para nós doentes foi uma grande coisa.

No mesmo sentido, diz Adelina:

- Esta doença até pode ser contagiosa, mas não é assim tão contagiosa.

Duarte, enfatizando o papel do sistema imunitário na transmissão da lepra, declara:

- A lepra é pouco contagiosa e depende idiossincraticamente das pessoas, o bacilo aproveita-se das forças e das fraquezas de cada um.

#### **5.4. O medo e o tacto: a inclusão e a exclusão substanciadas**

Não obstante, o contágio reside como um espectro, nas vidas dos ex-doentes. Não apenas as sequelas da lepra constituem uma memória indelével da doença, obrigando a cuidados médicos diários (conduzindo a que os ex-doentes continuem a referir-se a si próprios como doentes), como subsiste, também, a sinuosa possibilidade de uma recidiva da doença. Neste sentido, a lepra assoma na experiência como uma doença crónica do ponto de vista médico, mas também como um elemento preponderante e contínuo nas suas vidas, ou seja, assumindo uma cronicidade do ponto de vista social.

Numa ocasião em que perguntava a Maria se fora casada, dela retornou a seguinte afirmação:

- Eu? Eu fui muito bem casada! Com a doença! Casei-me com ela muito nova!

Como tal, as análises clínicas assumem, hoje, um papel inverso ao que detinham no passado, permitindo, agora, aos ex-doentes fazer a vigilância da negatividade baciloscóptica.

Em conversa com Belinda e com Amália, ambas explicaram que a realização periódica das análises clínicas as tranquiliza, uma vez que, em caso de uma recidiva, poderão ser imediatamente medicadas, mas também porque assim têm uma garantia que lhes permite conviver, despreocupadamente, com as suas famílias.

Assim, se o contágio não assoma mais como uma ameaça imediata, permanece, contudo, como uma insinuação perene, condicionando, ainda, a sociabilidade.

No decurso da pesquisa etnográfica, pude constatar o assomo do contágio como um elemento que esculpe, inelutavelmente, as relações sociais. Devido a uma recidiva de lepra

entre os ex-doentes do Serviço de Hansen (é importante frisar a rareza deste tipo de desenvolvimento na situação clínica dos ex-doentes de lepra), o cotidiano nesse Serviço sofreu o que posso descrever como um estremecimento transversal, alteando emoções profundas nos ex-doentes e nos funcionários, esboçando silêncios e encurtando os gestos. Medos julgados extintos com a lepra, regressaram no retorno da última. No mesmo sentido, o segredo que rodeou este episódio, atesta, por si só, a densidade dos corolários de um diagnóstico de lepra.

O que importa destacar, aqui, é o impacto que este evento teve para os ex-doentes. Por um lado, suscitou o retomar da contestação dos métodos empregues na prática clínica. Por outro lado, reavivou antinomias antigas, aquelas que lançam os sujeitos diagnosticados com lepra para lá da fronteira que delimita o universo das margens.

A propósito do episódio da recidiva no Serviço de Hansen e de um outro, que sucedeu a uma ex-doente do Hospital-Colônia internada num estabelecimento geriátrico, Cândida afirmava o seguinte:

- Nunca cá ninguém se contagiou! Antigamente a doença tinha asas, depois, quando queriam que saíssemos daqui, já não tinha asas, agora já tem asas outra vez! Se quisermos ir para um lar, é o que se viu! A pobre da senhora... até houve uma administrativa que se veio embora do lar, com medo!

Contudo, a metamorfose mais significativa no comportamento dos ex-doentes teve lugar, não nos espaços da articulação verbal, mas no próprio corpo e na sua relação com os demais. O toque reemergiu, então, para assinalar fronteiras.

Tal como o contágio, o tacto imbrica-se na experiência dos ex-doentes como um elemento central que medeia e enforma a sua relação com o mundo. No decurso da recidiva, as ruínas das fronteiras da segregação espacial reergueram-se no Serviço de Hansen, e com elas os corpos dos ex-doentes tenderam para um retraimento. Verifiquei, assim, por parte da maioria dos ex-doentes, uma inibição em tocar-me, algo que até então já se tornara uma prática trivial do quotidiano. Invoco aqui dois exemplos, ocorridos com Constança e com Cândida, aquelas que ofereceram uma exceção ao estranhamento inicial dos ex-doentes perante o meu toque. Sobre o encontro inicial com a primeira, anotei o seguinte:



Vendo que ela mesma estendia os braços para mim, dei-lhe dois beijos e ela abraçou-me. Foi a primeira vez em que o toque não partiu de mim, mas de um ex-doente, e que foi extremamente caloroso e efusivo.

(Excerto do Diário de Campo)

Em torno, após a recidiva, escrevia:

Encontrei Constança, como sempre, no seu quarto, por detrás do biombo, sentada na sua poltrona. Encontrei-a, porém, visivelmente deprimida. Estava efectivamente absorta, como se algo sério a preocupasse, sem a energia necessária para a conversa coloquial que sempre temos no início dos nossos encontros. Outra coisa estranha foi o quase imperceptível afastamento que fez para trás, quando me inclinei para a cumprimentar. Não fez qualquer gesto de aproximação física como nas vezes anteriores. De seguida, mortificada, falou-me no [ex-doente que recidivou].

(Excerto do Diário de Campo)

Após a recidiva, também Cândida se retraiu:

Quando a cumprimentei afastou-se ligeiramente e pela primeira vez o seu corpo imobilizou-se.

(Excerto do Diário de Campo)

O medo assoma como uma emoção vigorosa que medeia a dialéctica entre a inclusão e a exclusão social dos doentes de lepra. No seu lastro, o tacto emerge como um mecanismo que sintetiza e que substancia quer a segregação, quer a mutualidade. É do medo social das pessoas que padecem de lepra, que se nutre a opacidade da representação pública desta doença, lançando sobre os enfermos um véu que, ao mesmo tempo que os invisibiliza, postula a sua inumanidade, uma vez que a recusa do toque constitui umas das formas mais extremas de exclusão. O tacto constitui, assim uma linguagem relacional que assinala a fronteira entre a inclusão e a exclusão.

Ora, é, precisamente, através do toque que se ensaia a transposição dessa mesma fronteira. Na experiência dos ex-doentes, não é no plano discursivo que a inclusão social é discutida, mas ao nível das práticas quotidianas, com especial destaque para a comensalidade. Por esta via, é no encontro ou no desencontro entre corpos que a igualdade e a desigualdade são efectivadas e experimentadas.

Duarte conta como, no final da década de 1970, foi trabalhar para a Tocha, continuando a habitar no Hospital-Colónia. Segundo o mesmo, este período constituiu um “balão de ensaio” para o seu posterior egresso. Acerca desta experiência, retém que a sua inserção “lá fora” ocorreu pacificamente, e que foi ao frequentar uma taberna na Tocha que perdeu a “inibição do contacto físico”, devido à circulação dos copos e de outros utensílios.

O toque, como evidência para a igualdade emerge, também, na seguinte narrativa de Amália:

- Olhe, uma vez na Páscoa, na minha terra e noutras havia o costume de o padre ir pelas casas com a cruz e dá-la a beijar às pessoas. Nós sabíamos que nesse dia o senhor padre ia dar a cruz a beijar nos Morros. Eu e mais duas fomos ver. Mas não atravessámos a vala, ficámos deste lado. Era o padre da Tocha, nós já o conhecíamos e ele também nos conhecia a nós. Lembro-me tão bem, estava uma mulher na vala a lavar a roupa com dois miudinhos de pouca idade sentados ao lado dela. Nós cá em cima falávamos com ela e ela connosco. O senhor padre veio, atravessou a ponte que passava por cima da vala, disse-nos “boa tarde”, nós respondemos, e ele perguntou-nos o que estávamos ali a fazer. Nós dissemos que já que não podíamos ir à nossa terra beijar a cruz, íamos ver os outros a beijá-la. E ele olhou muito sério para nós e disse:

“- E vocês queriam beijar a cruz?”

“- Queríamos, mas não podemos.”

“- E não se pode porquê? Se querem beijar a cruz, beijam-na já!”

Disse ao senhor que segurava a cruz para nos dar a cruz a beijar. Beijámos a cruz e agradecemos ao senhor padre.

Contudo, o medo e a subsequente interdição do toque, longe de serem unilaterais, são recíprocos. Assim, as narrativas dos ex-doentes expõem uma vigilância permanente do Outro, que determina, por sua vez, o encetamento ou a denegação da comunicação. Como explicam, no momento em conhecem alguém, começam por apreciar os indícios que permitem fazer antever a resposta do outro. Neste sentido, afirma Duarte:

- Primeiro tento perceber como é que essa pessoa vai agir e se pressinto que me vai olhar com estranheza, nem lhe falo!

Assim, se as pessoas enfermas de lepra foram objecto de um temor social que ascendia na representação do doente de lepra como vector de uma impureza patogénica, as mesmas

respondem com o temor da impureza moral daqueles que os discriminam. Veja-se o seguinte episódio narrado por Eurico:

- Enquanto trabalhava lá fora, houve um indivíduo que era filho de um doente que esteve aqui, e disse que o pai dele tinha estado aqui e que eu também tinha estado aqui. De todas as pessoas que souberam disso, só uma é que fugia de mim. Ele era carpinteiro e nunca pegava numa coisa que eu lhe desse, se pegava era depois, passado um bocado, no fim dos bichos estarem mortos é que ele pegava [ri-se]. Quer dizer, aí nessa obra andei lá 24 meses, e as pessoas ficaram todas a saber que eu estive aqui.

- E como foi a reacção delas?

- Não reagiram nem mal, nem bem. Era como uma coisa que não se tivesse passado. Não ligaram nada. Se comiam comigo, continuaram a comer, não ligaram nada, e a beber. E então quando acabou essa obra fui para outra obra e fui-me encontrar com aquele indivíduo que teve medo de mim, e eu jogava o totobola mais um moço, e ainda fizemos uns pontos, e o homenzinho tinha lá uma sociedade, mas como nós fazíamos mais pontos que eles, ele queria jogar connosco. E eu disse-lhe: “- Eu não jogo consigo, você diz que tem medo de mim.”.

Ouçá-se, também, o testemunho de Adelaide:

- Contou-me que não queria namorar com alguém que não fosse daqui...

- Alguém que não conhecesse isto.

- Porquê?

- Não sei. Porque tinha receio de vir a casar e mais tarde... Eu também não queria dizer! Como eu não queria dizer, também não queria enganar. Quando fui daqui ia com um complexo desgraçado.

- Quando foi para lá?

- Para a minha terra, novamente.

- Mas ganhou o complexo aqui?

- Aqui sim! Estive aqui três anos e quando fui ia com medo de tudo e de todos!

- Porquê?

- Não sei. Por ver isto aqui. Fazia disto um bicho-de-sete-cabeças!

- Mas o que é que a assustava?

- Assustava-me que as pessoas não se quisessem chegar a mim... Que tivessem medo de mim! Porque quando eu vim para aqui, apercebi-me. As pessoas falavam no nome da doença e eu ao ouvir aquilo, para mim era um horror! O mundo desabava em cima de mim. Tanto que eu fui para a minha terra, tinha rapazes que gostavam de mim e eu nunca quis rapaz nenhum que

estivesse fora deste conhecimento por causa desse complexo! Não era que eu não gostasse deles, eu gostava, eles eram meus vizinhos e um até era irmão de um cunhado meu. Depois ainda sofri muito, fiz 18 anos, e isolava-me, fugia dos rapazes, por isso. Houve um que até tive pena dele. Uma vez comprou o jornal, foi com o jornal ao pé de mim e disse-me: “- Eu já sei porque é que você não quer casar comigo.”. Quando o vi com o jornal na mão, parece que o mundo desabou em cima de mim. E ele disse-me: “- não tenha vergonha, nem tenha complexos, porque eu estou a par disso tudo, eu compro os jornais todos os dias, quer ver: olhe aqui!”. E esse jornal tinha a cara de um doente daqui. Ora, quanto mais ele me mostrava aquilo e me falava nisso, mais revoltada eu ficava. Não aceitava!

- Não aceitava que também tinha tido aquela doença?

- Não. Não aceitava era o comportamento das outras pessoas. Que me falassem nisso.

- Não queria ouvir falar nisso?

- Não queria ouvir! Ainda hoje! Tenho aqui uma colega a trabalhar comigo e às vezes estamos aqui a comer e ela puxa logo isso... Não gosto que as pessoas vão puxar o passado! Eu estou aqui a dizer isto à menina porque sei que é um trabalho que tem de fazer, mas eu não gosto de falar nisto!

- Ainda lhe dói?

- Ainda me dói! Isto toca, mexe comigo! Eu não fiz a vida na minha terra e quis sumir-me de lá, tudo por isso! Deixei a minha família, deixei tudo! O meu marido era daqui da Tocha, tinha conhecimento de tudo e estava à vontade e eu assim também.

- Mas porque é que lá não se sentia à vontade se as pessoas a tratavam bem?

- As pessoas tratavam-me bem. As raparigas da minha idade, era uma alegria, não queriam ir para festa nenhuma sem mim. Iam lá a casa puxar-me! Mas quanto a namoros, não!

- Mas tinha vergonha?

- Tinha vergonha. Tinha medo. Pensava “vou agora casar contigo e não tens conhecimento de nada e depois vais ter”. Era isso!

- Tinha medo que as pessoas descobrissem e a tratassem mal?

- Ora bem!

- Mas as pessoas não sabiam que doença era?

- Sabiam!

- Então qual é que era o problema?

- Sabiam, mas não estavam bem dentro do que era.

- Aqui é que ganhou maior consciência do que era?

- Pois e levei isso comigo daqui! E fiz a minha vida aqui... e fui feliz à minha maneira.

- E hoje em dia tem vergonha?

- Não. Isso passou.

- Mas se tiver de dizer que esteve internada aqui, diz?

- Digo. Então eu tenho ido trabalhar para a reabilitação e já encontrei uma doente que me perguntou e eu disse. Sem problema nenhum. Esse complexo passou, mas levei muitos anos.
- Ainda tem a doença presente?
- Não, hoje já não me lembro de nada disso. Retomei a vida normal. Mas claro, quando não se conhece as pessoas e se conhece alguém pela primeira vez... Por exemplo, as minhas netas já namoram, os namorados vão lá a casa, nos primeiros dias sente-se um complexo de aparecer assim à pessoa, mas depois passa!
- Mas porquê, tem medo que a pessoa perceba?
- Não, as pessoas sabem. Mas não dizem nada, não tocam no assunto, tratam-me como família. Passados uns dias passa... Não digo isto a ninguém, mas realmente é o que eu sinto.

### **5.5. O silêncio como um acto intencional na denegação do estigma**

Como está patente nas narrativas dos ex-doentes de lepra, o segredo constituiu-se num instrumento vantajoso para o trânsito entre diferentes espaços sociais. Assim, os ex-doentes fizeram, ao longo das suas vidas, um uso estratégico do silêncio. Não apenas procuraram ocultar a doença, na sequência do diagnóstico, como o fizeram, principalmente, após a alta hospitalar. No regresso ao espaço público, esse silêncio permitiu-lhes camuflar um aspecto das suas vidas que problematizaria a sua inserção social e o estabelecimento de novas redes de sociabilidade. Como tal, a maioria dos ex-doentes admite omitir no espaço público o internamento no Hospital-Colónia. É Eurico quem responde:

- Então, quando estive a trabalhar na Figueira da Foz não disse que tinha estado aqui?
- Não.
- Era melhor não dizer?
- Era melhor não dizer.

No mesmo sentido, declara Amália:

- Na altura notava-se a doença?
- Não. Notava-se umas manchas. Tinha uma mancha na cara.
- Quando é que se começou a notar mais? Quando veio para cá?
- Não, foi lá, quando eu fui ao médico. Aquela mancha na cara não havia maneira de sair. E depois a cara começou a ficar mais grossa, a inchar, eu nem via. Ele receitou-me uma pomada

rosada e eu esfregava naquele sítio e a cara ficava rosa. As pessoas diziam-me: “- Tens a cara inchada, é dos dentes?”. Eu dizia: “- Pois.”.

- Para as pessoas não saberem?

- Pois. Mas ia à missa, ia a todo o lado.

Constança jamais referiu a alguém que era uma antiga doente de lepra. Com efeito, o motivo pelo qual regressou ao Serviço de Hansen decorre da sua recusa em declarar o seu historial clínico, necessário para dar entrada num lar para a terceira idade. A profunda rejeição em assumir, publicamente, uma identidade que colide com o *self*, transparece num episódio, em que estando a servir um jantar em casa dos patrões, uma das visitas fez referência à lepra, suscitando, em Catarina, um medo tão intenso de poder ser denunciada, que praticamente desfaleceu.

Na verdade, o segredo faz-se acompanhar de uma arte de invisibilidade, dificultada, se bem que não impossibilitada, pela sintomatologia da fase activa da lepra ou das sequelas posteriores. A superfície do corpo denuncia, assim, o indivíduo, coagindo-o a habitar uma identidade marginal e impondo uma fragmentação na sua sociabilidade. Veja-se o que dizem a este propósito João e Duarte:

- Quando tinha a doença mas não tinha problemas nas mãos sentia essa vergonha?

João - Aí estava à vontade! Era um cidadão como outro qualquer!

Duarte - Estava à vontade! O aspecto dele era de uma pessoa saudável. Tudo normal!

João - Estava à vontade, podiam olhar para mim que eu não ficava envergonhado.

- Mas não dizia que tinha a doença?

Duarte - Ah pois não! Quem é que ia dizer?

João - Não ia dizer! Não ia dizer! O meu irmão também teve a doença, mas vai a todo o lado e está com toda a gente, porque não tem... não tem os problemas que eu tenho! Barba completa, anda normal, ao passo que eu... Agora, eu era convidado para ir a algum lado, e ia assim, encostado a uma bengala, não!

Significativamente, os ex-doentes endereçam o significado do estigma para as sequelas da doença, e não para o contágio.

Duarte, lembrando a sua esposa, afirmava:

- Ela começou de pequenita, também como eu, mas nunca teve problemas nem de mãos, nem de pés. O bicho lepra porta-se de harmonia com as facilidades ou dificuldades que encontra. Ela

teve sempre umas mãos perfeitas, normais. E eu perdi pés e mãos. E ela também começou pequenita.

- Notava-se mais no rosto?

- Era só mais na cara. A lepra carregou. Mas depois melhorou. Mas alguns de nós ficamos com sequelas. A minha mulher ao ver fotografias minhas descobriu que antes da lepra eu era bonito. [ri-se] Antes de ter a cara tão estigmatizada. As pessoas que adoecem agora, nem se percebe que são doentes.

Na experiência dos ex-doentes, é a visibilização da lepra na superfície do seu corpo que constitui o eixo sobre o qual deslizam a inclusão e a exclusão. O contágio, embora constituindo a motricidade das estratégias sociais de segregação social e do exílio disciplinar, configura um elemento passível de ser mais facilmente encoberto pelo próprio, de modo a atalhar a identificação com uma identidade marginal. Não obstante, a invisibilidade do contágio e a visibilidade das sequelas dermatológicas e motoras confluem, inextrincáveis uma da outra, na dialéctica entre a inclusão e a exclusão, de modo que as últimas configuram, para os ex-doentes, uma memória do primeiro, induzindo, apesar da cura clínica, a persistência do medo social e das respostas de marginalização de que são alvo. Acerca disto conta Duarte:

- Queria telefonar para aqui para dizer que se não houvesse carro, chamava um táxi, porque me queria ir embora [do Hospital Distrital da Figueira da Foz]. Pedi o telefone a uma enfermeira. Ela disse-me que tinha de esperar porque estava um senhor a usá-lo. Percebi logo que era conversa. Levantei-me, não tinha roupa, estava de pijama e descalço, fui para o corredor e comecei a berrar alto:

“- Que raio de médicos são estes? Onde é que esta gente aprendeu? Os grandes cientistas do mundo não conseguem manter um bicho da lepra vivo num tubo de ensaio à temperatura do corpo, com o caldo de cultura certo, e ele morre, e fica aqui agarrado ao raio do telefone?”

- Mas acha que não o queriam deixar telefonar por causa disso?

- E não deixaram mesmo! Para eu não pegar no telefone.

- Mas disseram-lhe?

- Não disseram, mas não é preciso assobiarem para beberem água! Nunca mo deram!

- E depois disso o que é que disseram?

- Depois disso tudo, de eu dizer os disparates todos que me apeteceu no corredor... e quando eu via passar um com bata de médico era quando berrava mais:

“- Eu já estou curado há mais de 100 anos!”

- Estava zangado...

- Pois! Estava cheio de razão. Estava pior que estragado!

No mesmo sentido, os ex-doentes continuam a ocultar, no espaço público, a sua residência no Serviço de Hansen, tal como afirmam Amália e Belinda:

- E quando vão lá fora dizem que tiveram a doença?

Amália - ninguém diz nada.

Belinda - Ninguém diz.

Novamente, a lepra assoma como uma doença crónica, não apenas do ponto de vista clínico, mas também do ponto de vista social. Ou seja, a lepra insinua-se como um marcador que dita a relação entre o sujeito e o espaço público.

Porém, se a representação social do “leproso” transborda de estereótipos negativos nos quais parece enlaçar-se, inextrincavelmente, o estigma, o modo como os ex-doentes reflectem sobre si próprios sugere uma recusa em incorporar o estigma. Assim, é frequente, em contextos de exposição pública, reivindicarem uma distinção entre o seu corpo marcado pela doença e o *self*. Numa das primeiras conversas que encetei com Duarte, a propósito do olhar exterior veiculado pelos meios de comunicação social, dizia-me que doravante se recusaria a dar entrevistas, dado o comportamento dos jornalistas nas anteriores incursões no Serviço de Hansen:

- Eles vêm para aqui e só querem fotografar os mais aleijadinhos, não querem saber do ser intrínseco.

Demonstrando a não identificação com a identidade que é atribuída aos doentes e aos ex-doentes de lepra, dizia Duarte:

- O que é que se sente numa situação dessas em que se percebe que as pessoas têm medo?

- Apetece logo mostrar que o leproso ainda tem músculo e desatar ao murro! Eu nunca bati em ninguém... Mas naquela altura... É... é revoltante, pronto! O que é que se há de fazer? Isso é uma daquelas coisas que me choca imenso.

- E isso afecta a auto-imagem, a maneira como a pessoa se vê a si mesma?

- A auto-imagem acho que não. Acho que isso não me afecta. Só que simplesmente gera-me revolta.



Pondo a claro a simultaneidade de situações de reconhecimento da igualdade entre indivíduos enfermos de lepra (ou que o foram no passado) e indivíduos não enfermos de lepra, com outras que, ao contrário, reflectem uma desqualificação e discriminação dos primeiros pelos segundos, os ex-doentes sugerem que a estigmatização social, faz-se depender de uma escolha que cabe aos segundos tomar, enquanto sujeitos dotados, também eles, de reflexividade e de agencialidade. Em contraposição com a metaforização pública dos doentes de lepra como sujeitos inexoravelmente condenados à estigmatização social, motivada pela exposição da lepra nos seus corpos, os ex-doentes atribuem, assim, o ónus do estigma ao Outro. Ouça-se o que diz Duarte:

- Há pessoas que aceitam. Já está curado, está tudo bem. Quanto ao resto, depende das pessoas! Quem tem medo... tem medo! É um sentimento humano! [ri-se] Há quem não tenha medo! Têm medo de uma coisa que já não existe! Se um tipo já não tem nada... Está tudo negativo, mas no entanto há pessoas que continuam a ter medo! Aquelas pessoas lá na Figueira não me deram o telefone. E eram médicos! Eram burros! Pronto! Quando eu fui de licença a primeira vez, tive de tirar o bilhete de identidade. Fui a Coimbra no mesmo dia. Quando fui entregar os papéis ao senhor que estava lá a meter a gente na craveira, e a pôr os dedos, e eu tinha os dedos encolhidos. Já tinha a mão assim, mas não tanto como agora, isto é mecânico, há retracção contínua. Na altura estes dedos ainda não estavam cortados. O senhor disse-me:

“- Pode pôr os dedos?”

“- Posso.”

“- Mas vai sujar os dedos!”

Eu tinha metido uma nota de 20 escudos nos papéis, uma folha de alface como se chamava nessa altura:

“- Ponha aqui só o dedo! Só o indicador.”

Já estava a meter no bilhete de identidade, eu é que não sabia. Mandou-me à secretaria. Entrei na secretaria e o chefe da secretaria perguntou-me:

“- O senhor está de licença?”

Mostrei-lhe os papéis:

“- OK, está legal. Você consegue escrever?”

“- Consigo.”

Tinha a minha caneta e escrevi o nome, sem saber que já estava a assinar o bilhete de identidade. Escrevi-o correctamente, estava muito habituado a escrever na secretaria dos internados:

“- O senhor escreve com muita facilidade.”

“- Escrevo, trabalho assim e assim e tal...”

Já chefiava a secretaria dos internados. De maneira que aquele senhor reagiu assim, se está de licença é porque está bem, mais nada, não pôs problemas nenhuns. Aquele senhor aceitou.

### **5.6. A fealdade da palavra lepra e o desconhecimento como a matéria que a desenha**

Em jeito de conclusão, convoco as vozes dos ex-doentes acerca do âmago da representação pública dos doentes de lepra, expressa através dos termos lepra e “leproso”.

No Serviço de doença de Hansen, a palavra lepra é objecto de uma interdição que a converte numa entidade infame, com tanto de inominável, quanto de insofismável. Por um lado, enquanto significante, o vocábulo lepra transporta a densidade simbólica que tem sido historicamente imbuída nesta enfermidade, como resultado da aglomeração de diversas noções sobre impureza e poluição. Por outro lado, a inscrição desses significados no corpo dos sujeitos enfermos, é experimentada pelos próprios como uma injúria. Neste sentido, o pronunciamento da palavra lepra adquire uma espessura que a denuncia como um espectro, cuja aparição fomenta corolários particularmente danosos para os indivíduos acometidos por esta doença. Como tal, a lepra é raramente nomeada, e, quando o é, a voz descende a um sussurro. A força desta interdição, evidencia-se na minha formulação inconsciente “a palavra da doença”, na pergunta que dirigi a Belinda e à qual a mesma respondeu do seguinte modo:

- Também não gosta de dizer a palavra da doença?
- Não gosto nada!

Assinalando a relação entre a representação social da lepra, de que o próprio termo lepra é epítome, e a experiência da enfermidade, diz Amália:

- É o tal nome feio... Se as pessoas tivessem a doença com o nome feio, mas se se curassem e ficassem perfeitas na mesma... mas tem o nome feio e as pessoas ficam destruídas!

A este propósito, ouça-se, também Duarte:

- Porque é que se evita, aqui no Hospital, dizer a palavra lepra?
- A gente foge sempre desse nome. A lepra está ligada a todos esses palavreados dos Evangelhos. Quer dizer, é isso! Para nós, para mim por exemplo, agora não me incomoda nada,

mas para pessoas que estavam lá fora, é o diabo por causa dos estigmas todos que caem em cima do desgraçado que teve lepra, nem que puro, limpo, sem uma mancha! O raio da palavra lepra é um... ainda hoje! Veja o caso de um indivíduo que esteve aqui comigo, era um homem lutador, vinha da hotelaria, mas nunca mais poderia voltar a esse trabalho. Foi-se embora, a mulher vivia perto daqui, tinham duas filhas, e acabou por ir pedir trabalho a uma fábrica na Figueira da Foz. Ficou lá. Já lá trabalhava há algum tempo, quando foi para lá um guarda que trabalhou aqui e que começou a dar à língua, a dizer que ele tinha estado aqui no Rovisco. E ele veio cá ou telefonou a pedir ao administrador para mandar para lá um ofício (o administrador que estava cá tinha muito medo da lepra, não se chegava ao pé da gente), e o administrador disse que não mandava um ofício, mas uma assistente social para dizer ao comandante da GNR que ele estava perfeitamente legal e que, portanto, o deixassem em paz. Mas um dia, um indivíduo que estava lá disse-lhe:

“- Entra pá, entra que aqui não há leprosos!”

Quando ele me contou isto, disse-lhe logo:

“- Se fosse comigo...”

Ao que ele respondeu:

“- Se fosse consigo... só se não tivesse duas filhas para criar.”

Só se fosse isso! De contrário... Isso não perdoou a ninguém! Mas ele foi falar com o médico, o médico sabia a situação dele, ainda não estava com alta, vinha aqui todas as semanas levar uma injeção e semanalmente fazer análises, mas estava sob controle. O médico chamou lá o outro indivíduo e disse-lhe que o Diamantino era um homem como ele, um funcionário como ele, e que se o continuasse a chatear o punha na rua. E a coisa acabou. É por isso que a gente não gosta nada da maldita lepra. Só a digo cá dentro, e em frente a determinadas pessoas, lá fora nunca.

O significado pejorativo de “leproso” desvela-se no seguinte episódio, narrado por Cândida, em que o termo é arremessado como um insulto:

- Na câmara de Pombal o Santos Silva, que foi o autor disto, abriu a porta ao pontapé (aqui era costume abrir-se a porta com os pés), e o delegado de saúde, ficou fulo, e atirou-se a ele e chamou-lhe leproso! Disse-lhe: “- O senhor é que é leproso!”.

A disjunção entre a representação social da lepra e a não identificação dos sujeitos enfermos com a identidade por aquela desenhada, ascende com clareza na resposta emocionada de Augusto, quando lhe perguntei porque é que não dizia a palavra lepra:

- É uma palavra feia, ninguém quer ser chamado de leproso!

Será a voz de Duarte a rematar este capítulo, transcrevendo, aqui, uma reflexão sua que veicula uma inequívoca mensagem política, publicada na *LUZ* (8-08-1957: 5), intitulada “Duas Eras”:

“Desde tempos imemoriais existe uma doença a que foram dados vários nomes, atribuídos vários e malévolos estigmas, roçando umas vezes pela verdade científica e provada, outras, na maioria, caindo na incongruência estúpida da ficção mais ou menos feita ao gosto da chamada Idade Média.

Esta doença que chegou aos nossos dias envolta ainda em medievos e misteriosos véus, com o nome feio e, etimologicamente erróneo, de lepra, passou a ser chamada, nos meios cultos, ou pelo menos eruditos no assunto, como o mal de Hansen, ou simplesmente hansenose.

A era da lepra, longa e penosa, arrastou-se por muitos séculos espalhando quadros de horror, aliás comuns nos tempos recuados, em outras doenças tanto ou mais cruéis, mas que só aquela trouxe sempre ligada a si.

A medicina, nos primórdios da civilização, pouco mais era, ou não era mesmo mais nada que bruxaria e, assim, fácil foi criar-se à volta da dita moléstia uma auréola de supersticioso terror que, compreensivamente, cresceu e chegou até aos nossos modernos tempos em que outras afecções eram já perfeitamente curáveis, enquanto que o bacilo de Hansen continuava, impávido, a molestar os infelizes que atacava, sem ver a sua acção contrariada por droga eficiente no seu combate. Vivia-se a época negra do medo que, não obstante, o baixo nível do contágio, era justificado, até certo ponto, pela quase inexistente possibilidade de cura.

O ano de 1941, ano duro para o mundo ensanguentado pela guerra, trouxe à mistura com muitas lágrimas e téticas ameaças à actual civilização, uma grande esperança e o alvorecer duma nova era, a era sulfónica. O grande bioquímico Fauget desfraldava, dentro em pouco, a bandeira flamante da vitória; a era da lepra, terminava; a cura do hanseniano era um facto incontroverso e consolador.

Após algum tempo de experiências próprias, os grandes nomes da medicina mundial da especialidade que por sobejamente conhecidos, ocioso e desnecessário é citar, levantam as suas vozes autorizadas, criando conceitos novos, que iam desde a total abolição de preconceitos arcaicos, até à criação duma terminologia nova, que mais facilmente os fizesse esquecer, considerados como foram sem consistência científica, estúpidos e sobretudo inconvenientes entravadores ao combate duma doença tão velha como a própria história humana.

Parar é morrer, diz-se muitas vezes, e com uma razão muito provada pelos factos...

Antes este aforismo de justeza, bem aceite, apetece perguntar: - Então, porque se prefere continuar agarrado a velhas teorias, vivendo uma época que não é actual, não aceitando aquilo

que aos nossos olhos, embora leigos, parece razoável, quer no plano puramente tático do combate ao mal, e não ao seu involuntário portador, quer no mais complexo campo da técnica, mais aceitável ainda, por parte de autênticos gigantes no assunto?? Porquê?

Não envolve qualquer intenção malévola esta pergunta que muitas vezes faço a mim próprio, sem encontrar uma resposta lógica que satisfaça o meu desejo de saber, o meu desejo de luz, muita luz, luz nos caminhos, luz nas almas, sobretudo luz nas consciências!

Com inteligências iluminadas pela ciência e consciências claras pelo amor fraternal, que deve ser mútuo entre os homens, o problema da hansenose em Portugal terá uma solução menos cara e mais rápida. Torná-la mais dispendiosa ou demorada é traição de lesa-Pátria, e mais ainda de lesa-Humanidade.

Viva-se a era presente, se se quiser, em verdade, servir os interesses da saúde pública, não molestando os hansenianos, distinguindo-os com preceitos vexatórios e modernamente tidos como injustificados.”



## 6. Interstícios de sentido

Entre a opacidade do véu lançado sobre os doentes de lepra, que os representa como sujeitos exilados da história, e a transparência do toque, que desvela a sua intencionalidade e agencialidade, esboça-se um vazio que insinua uma oposição irresolúvel entre a representação e a experiência da lepra.

A constatação da aporia entre a representação e a experiência dos sujeitos tomados como objecto no contexto de relações de dominação, conduziu Spivak (1993) a concluir que o subalterno não pode falar. A autora denuncia, com isso, a transposição dos mapas cognitivos que informam a relação de dominação para o campo epistemológico. Esta transposição redundava numa reiteração de categorias exógenas no curso da produção de conhecimento, desembocando numa renovada invisibilização dos sujeitos.

Porém, como declara Hall (1996), o exame das estratégias discursivas e disciplinares de regulação, permanece incompleto sem a consideração complementar das práticas e da subjectividade dos indivíduos aos quais essas mesmas estratégias se dirigem. Assinalando o desafio que significa a interpelação do silêncio que dimana donexo entre as primeiras e as segundas, o autor propõe-se estimar como “articulação” a relação dos sujeitos com as formulações discursivas que lhes são dirigidas (ver Hall, 1996: 13-14).

Tendo essa articulação em vista, é pertinente invocar, aqui, a penetrante cogitação de Santiago (2000), datada de finais da década de 1970, acerca da literatura latino-americana. O autor, rejeitando a crítica literária canónica sobre essa literatura (que, fazendo uso de um referencial analítico imbricado numa metafísica ocidental da criação como objecto puro, tendia a invisibilizar a intencionalidade do escritor latino-americano, reflectindo menos um desejo de conhecer e mais um ponto de vista que reproduzia o olhar do dominador), propunha-se dirigir a busca de significado para o movimento que desliza do texto do dominador para a agressão ao mesmo por parte do sujeito subalterno. Nesta perspectiva, o trânsito entre o texto e a transgressão ao texto, desvela a tradução cultural como um momento de transformação, em que, se o significante é o mesmo, o significado veicula uma outra mensagem. Com isto, Santiago (2000: 26) subverte uma epistemologia que define o silêncio como negatividade e a voz como pertença de identidades puras:

“Entre o sacrifício e o jogo, entre a prisão e a transgressão, entre a submissão ao código e a agressão, entre a obediência e a rebelião, entre a assimilação e a expressão – ali, nesse lugar

aparentemente vazio, seu templo e seu lugar de clandestinidade, ali, se realiza o ritual antropófago da literatura latino-americana.”

De forma a dirigir a análise para o espaço de articulação entre a representação e a experiência, será necessário, portanto, situar a reflexão além de um pensamento dicotômico de cariz essencialista. Neste sentido, o limiar onde se enfrentam a *destruição* e a *criação do mundo*, com os corolários adjacentes à dialéctica entre a visibilização e a invisibilização dos sujeitos que o anima, pode ser pensado, também, como um “entre-lugar” (Bhabha, 2005a: 20).<sup>44</sup>

Será nesse espaço intersticial que buscarei deslindar os trânsitos entre a representação e a experiência da lepra. Designadamente, situarei, aí, o exame da produção activa dos doentes de lepra como “ausências” (Santos, 2002: 246-247) e do conceito que parece seguir, inelutavelmente, no lastro desta enfermidade, o estigma. Estes processos serão ponderados em articulação com a experiência e com a reflexividade das pessoas enfermas de lepra. Por fim, discutirei a especificidade da experiência pessoal e social de uma doença infecto-contagiosa, que aponta no sentido de uma ampliação epistémica da compreensão da dimensão sensorial da socialidade humana.

### **6.1. Entre o véu e a máscara: a produção da oclusão e a arte secreta da invisibilidade**

O espaço que aloja o nexa entre a representação e a experiência da lepra é, em suma, um limiar, na esteira de Turner (1967), lugar onde se confrontam a *destruição* e a *criação do mundo*. Viu-se que a “doença” se constitui numa teia de filamentos biológicos, sociais, culturais e políticos, uma vez que qualquer processo corporal se encontra amplamente condicionado por vocabulários e por práticas sociais que o dotam de sentido. Viu-se, também, que a modernidade ocidental pende a equacionar a “doença” com um estado de desordem, atribuindo à biomedicina a tarefa de restituir a ordem no corpo individual, facultando, com isso, a análoga restituição da ordem no corpo social. Nesta perspectiva, a “doença” é pensada

---

<sup>44</sup> Bhabha (2005a: 20) reflecte do seguinte modo acerca dos lugares intersticiais de produção de práticas e de sentido: “O que é teoricamente inovador e politicamente crucial é a necessidade de passar além das narrativas de subjectividades originárias e iniciais e de focalizar aqueles momentos ou processos que são produzidos na articulação de diferenças culturais. Esses «entre-lugares» fornecem o terreno para a elaboração de estratégias de subjectivação – singular ou colectiva – que dão início a novos signos de identidade e postos inovadores de colaboração e contestação, no acto de definir a própria ideia de sociedade.”.



como um limiar, no qual a fractura suscitada pela sua eclosão é reparada pela biomedicina que, enquanto “linguagem de agência” (Scarry, 1985: 13), se converte num instrumento de *criação do mundo*. Aí, a acção da biomedicina transvaza a mera intervenção no organismo humano, provendo um vocabulário social que classifica os corpos, e que fabrica, no processo, formulações identitárias. A referida estreiteza entre a biomedicina e a regulação moderna do corpo social vem sendo sobejamente explicitada nas ciências sociais, na esteira de Foucault (1977a).

Pensar a lepra como um limiar, implica reconhecer uma dialéctica entre a visibilização de uma nosologia e a invisibilização dos indivíduos que a alojam nos seus corpos. Esta aparente contradição manifesta-se na profusa discussão pública acerca da lepra em finais do século XIX e inícios do século XX. Desta resultaram medidas estatais robustas para a erradicação da lepra, que pressupunham a ocultação dos enfermos no espaço da leprosaria moderna, por recurso a uma supressão da sua cidadania, justificada pela necessidade imperiosa da contenção do contágio. Assim, ao mesmo tempo que a leprologia moderna classificava e descrevia a etiologia de uma enfermidade até então largamente misteriosa, medicalizando-a, classificava, igualmente, os indivíduos padecentes de lepra como sujeitos que ameaçavam o espaço social são, subalternizando-os. Logo, a edificação da lepra como uma *doença residual de atraso civilizacional* comportava um postulado acerca dos indivíduos que dela padeciam, que os declarava como não-existentes, ou seja, como sujeitos *exilados da história*. Por conseguinte, o agonismo entre a representação e a experiência da lepra é imbuído de uma relação política e epistémica desigual, que pende em favor da primeira, confluindo no silenciamento e na invisibilização da segunda no espaço público.

Como explica Douglas (1973) o corpo social constrange o modo como o corpo físico é percebido. A autora, afirmando existir uma inextrincabilidade entre o controle social e o controle do corpo, explica que, não apenas a corporalidade quotidiana é regulada de acordo com as sanções estipuladas, como a própria percepção do corpo, sendo social e culturalmente mediada, produ-lo como espelho das positivities e das negatividades esculpidas no corpo social. Partilhando esta acepção, Turner (1984: 114) aponta o corpo humano como a “mais potente metáfora para a sociedade”. Segundo esta perspectiva, e como afirma Meneses (2004: 360), “as etiologias são a expressão directa de normas e representações que sustentam os edifícios sociais”. Nesta moldura reflexiva, é exequível avançar a ideia de que a sintomatologia da lepra assoma como antítese da idealização corporal moderna ocidental.

O par composto pelas ideias de perfeição e de completude, traça a matriz da ética corporal judaico-cristã, no qual se imbrica, ainda, um juízo valorativo, com profundas

conotações morais, acerca do interior e do exterior do corpo humano (Douglas, 1991b). Os códigos corporais bíblicos enunciam os processos viscerais como poluentes e a exposição dos fluidos internos na pele como sendo contrária à ordem natural, logo estando associada com o mal. Neste sentido, a assimetria dos contornos do corpo humano, bem como as máculas dermatológicas, tendem a ser percebidas como uma evidência de desordem e suscitam respostas de repúdio social.

Esta negatividade é adensada pela ética corporal moderna, ancorada numa ideologia biopolítica e capitalista, que desqualifica corporalidades que desafiam o que Whyte e Ingstad (ver 1995: 7) definem como o desejo hegemónico da igualdade física. Em oposição à normatividade corporal moderna, as corporalidades classificadas sob a categoria genérica de deficiência, são votadas a uma posição social marginal, alçando-se conexões simbólicas e políticas relacionadas com a perda e com a invalidez, que as desenham como “epítome da dependência” (Hughes, 2002: 59).

Não cabendo, aqui, prosseguir esta discussão, importa assinalar, sobretudo, a relação entre a ordem social e a impureza simbólica bosquejada sobre corporalidades que desafiam o ideário corporal moderno, composto este por ideias de simetria, de inteireza e de uma funcionalidade conformada à lógica produtiva capitalista.

Por conseguinte, o emparelhamento da ideia de impureza patogénica (validada pela teoria microbiana na substanciação empírica da ideia de contágio), com a subversão da fronteira epidérmica (entre o interior e o exterior do corpo, por um lado, e entre os corpos individuais, por outro), e com o tipo de sequelas produzidas pela acção prolongada da lepra no organismo humano (que resultam em lesões nas zonas mais expostas do corpo, logo com uma forte significação pública), embute na sintomatologia da lepra uma profunda negatividade simbólica.

Em suma, a lepra, sendo socialmente percebida como uma irrupção de desordem, cuja transmissibilidade configura uma ameaça para o corpo público são, por um lado, e cuja sintomatologia assoma como antitética da normatividade corporal moderna, por outro, envia os sujeitos enfermos para um limiar, no qual a ordenação do mundo, outorgada à biomedicina, fazia pressupor<sup>45</sup> a sua retenção no espaço invisível da desordem. Pelo que, neste caso, a liminaridade configura menos um momento transitório em que se opera uma transformação

---

<sup>45</sup> Note-se que esta argumentação diz respeito à época histórica da leprosaria moderna como estratégia profiláctica, da qual se ocupa esta pesquisa. A mesma argumentação não se aplica à contemporaneidade. Esta disparidade histórica, confirma a ideia de que a corrupção física é um elemento central na negatividade adscrita à lepra, uma vez que a eficácia da medicação actual na prevenção de sequelas tem induzido uma transformação no discurso e nas práticas biopolíticas que se lhe dirigem.

ontológica, e mais uma condição identitária, investida por processos de marginalização social e de exílio disciplinar, da qual se ausenta o deslindar da opacidade. Sobre a relação entre a liminaridade e a marginalidade, importa escutar novamente Turner (1974: 233):

“Os sujeitos marginais, tais como os liminares, também se encontram, nem num nem noutro lugar [betwixt and between], mas ao contrário dos sujeitos liminares rituais, os primeiros não têm a garantia cultural de uma resolução final estável para a sua ambiguidade.”

Para um entendimento mais fino da produção da classificação moderna dos doentes de lepra como sujeitos marginais, ou por outra, como *exilados da história*, é útil considerar a tese de Ryan (1994) acerca do que denomina como a “falácia de Foucault” na sua apreciação da emergência de um poder disciplinar que cria os sujeitos através de práticas discursivas.

Invertendo a concepção foucauldiana de poder e de resistência, Ryan (1994) defende que o poder é gerado como resposta àquilo que ameaça uma determinada ordem e não o contrário. Segundo o autor, a falácia foucauldiana tem dois corolários. O primeiro é o de que não são os sujeitos que são construídos pelo poder, mas que são os próprios sujeitos que denotam um perigo de destabilização para uma determinada ordem social que instigam a construção do poder (Ryan, 1994: 95):

“O discurso imperialista europeu, por exemplo, não inventou «o nativo»; ao invés disso, o encontro com populações indígenas evocou um discurso de poder que permitiu que o obstáculo perigoso que representavam fosse resignificado dentro de códigos legais e morais e traduzido para categorias europeias de identidade...”

O segundo corolário é o de que não é o poder que edifica realidades positivas, mas antes que os discursos positivos do poder são, eles mesmos, uma reacção àquilo que, sendo imune a uma apropriação discursiva, revela a contingência do próprio poder (Ryan, 1994: 96):

“O que não pode ser compreendido ou conhecido, o que não pode ser convertido nos termos discursivos que aplicam consistência, ordem ou previsibilidade ao mundo, é sempre perigoso na perspectiva do poder.”

Em síntese, para Ryan (1994) o poder não será transsubjectivo, como defende Foucault (1977a), mas um termo relacional, em que, numa relação de forças, os sujeitos constroem o

poder, constituindo-se a si próprios e aos seus valores como normativos, com a simultânea desqualificação dos demais que ameaçam pulverizar a sua positividade.

Relevante para a discussão aqui desenvolvida, é o facto da argumentação de Ryan (1994) permitir considerar a positividade da intervenção disciplinar da biomedicina, na criação de um vocabulário social que ordena o espaço público e que esculpe, no processo, uma classificação dos doentes de lepra que prefigura uma identidade subalterna, sem elidir a dimensão corporal de uma enfermidade experienciada na carne. Ou seja, a medicalização da lepra foi, indiscutivelmente, encetada sobre a evidência de uma determinada condição sensorial, emocional e social. Esta condição foi, então, reconfigurada, pela leprologia de finais do século XIX, como uma doença infecto-contagiosa, propagada pelo contacto físico e intimamente ligada a uma conjuntura de atraso civilizacional, ou seja, classificada como uma *doença residual de atraso civilizacional*. No desenho regulado de um corpo social asséptico, normalizado e produtivo, o corpo do doente de lepra despontava como poluente, demandando a sua ocultação no exílio disciplinar da leprosaria moderna.

É neste quadro que deve ser entendida a produção activa dos doentes de lepra como “ausências” (Santos, 2002: 246-247). Tive ocasião de referir atrás que Boaventura de Sousa Santos (2002) identifica uma racionalidade metonímica na epistemologia ocidental que, não apenas recusa auscultar, como engendra, também, o silenciamento daquilo que não é integrável no interior da sua totalidade ordenada, ou seja, que ameaça a sua estabilidade. Segundo o autor, a violência epistémica accionada no seu crivo, exerce-se pela desqualificação mais extrema das formulações que permanecem no seu exterior, e que é, em suma, a declaração da sua não existência, num ímpeto de expulsão irreversível (ver Santos, 2002: 246-247). Como o autor explica, existem diferentes modos de não existir, bem como diversos processos e lógicas pelos quais a não existência é produzida. Daqueles que foram identificados pelo autor, destaco dois, através dos quais é possível pensar a produção activa dos doentes de lepra como sujeitos *exilados da história*, a saber: a classificação social assente numa “monocultura da naturalização das diferenças” e a “monocultura do tempo linear” (Santos, 2002: 247). Sobre a primeira lógica monocultural, diz Santos (2002: 247):

“Consiste na distribuição das populações por categorias que naturalizam hierarquias (...) assenta em atributos que negam a intencionalidade da hierarquia social. A relação de dominação é a consequência e não a causa dessa hierarquia e pode mesmo ser considerada como uma obrigação de quem é classificado como superior (...) De acordo com esta lógica, a não-existência é produzida sob a forma de inferioridade insuperável porque natural.”

Os doentes de lepra foram objecto de uma representação que os classificava como indivíduos *naturalmente* poluentes, dado conterem nos seus corpos um microrganismo transmissível entre seres humanos. Esta nosologia biomédica, ao ter assento numa descrição de raiz científica, que se assume como sendo não mediada por processos sociais e culturais, é aventada como representação *transparente* de um fenómeno *natural*. Neste âmbito, os indivíduos enfermos de lepra são *naturalizados* como vectores de uma doença infecto-contagiosa, legitimando, assim, uma acção de pendor repressivo sobre os mesmos, protagonizada pelos agentes biomédicos e suportada juridicamente pelo Estado, em vista à preservação do bem público. A propósito da naturalização da hierarquia social, Santos (2002: 247) evoca o “fardo do homem branco em sua missão civilizadora”, passível de ser apropriado para a reflexão sobre o processo histórico de arranque da medicalização da lepra como o *fardo do leprologista em sua missão higienista*.

Quanto à segunda lógica monocultural, aquela que postula a linearidade do tempo, assenta na ideia de que (Santos, 2002: 247):

“... a história tem sentido e direcção únicos e conhecidos. Esse sentido e essa direcção têm sido formulados de diversas formas nos últimos duzentos anos: progresso, revolução, modernização, desenvolvimento, crescimento, globalização (...) Esta lógica produz não-existência declarando atrasado tudo o que, segundo a norma temporal, é assimétrico em relação ao que é declarado avançado. É nos termos desta lógica que a modernidade ocidental produz a não-contemporaneidade do contemporâneo, a ideia de que a simultaneidade esconde as assimetrias dos tempos históricos que nela convergem.”

A leprologia moderna, ao fabricar uma nosologia e uma explicação etiológica para a lepra, fê-lo em associação com um enunciado acerca da sua inextrincabilidade com o atraso civilizacional, descrevendo-a como uma enfermidade pré-moderna. O arranque do processo de medicalização da lepra, definiu como resposta social e política a erradicação da enfermidade, sem qualquer pressuposto de inclusão dos indivíduos por ela assolados, anunciando antes que, perante a ausência de tratamento, a única resposta profilática seria a interrupção da cadeia do contágio através da segregação dos enfermos do espaço público. Portadores de uma *doença residual de atraso civilizacional*, os doentes de lepra viram-se expelidos para lá das fronteiras que delimitam a modernidade, oclusos do espaço público, e convertidos em sujeitos *exilados da história*.

Retomando a ponderação de Ryan (1994) acerca da positividade do poder, vale a pena procurar destrinçar, em maior profundidade, o modo como as lógicas monoculturais, identificadas por Santos (2002), accionaram a invisibilização dos indivíduos enfermos de lepra. Para isso, centrar-me-ei no processo de medicalização da lepra em Portugal.

Até meados da década de 1940, o desconhecimento sobre a lepra revertia numa indefinição classificatória da enfermidade, confluindo em experiências que iam da angústia pessoal perante uma sintomatologia que não encontrava uma articulação clara, a processos efectivos de segregação no contexto das redes sociais locais, enformando, assim, a posição social das pessoas enfermas de lepra como uma de invisibilidade estrutural. Como tal, estas pessoas habitavam um limiar, devido à inviabilização da sua plena participação no quotidiano regular. Dada a contingência e a incerteza provocadas pela eclosão da lepra, e tendo em conta as respostas sociais de rejeição, verificadas, não obstante, de modo heterogéneo no país, dir-se-ia que no período anterior à medicalização da lepra em Portugal, os enfermos padeciam, já, de uma opacidade social que os desenhava como “ausências” (Santos, 2002: 246-247). Contudo, creio que o eram, sobretudo, na perspectiva do poder. Passo a explicar.

A invisibilidade decorrente de uma indefinição classificatória não é análoga à invisibilidade produzida como efeito da acção de relações de poder. Assim, muito embora a argumentação de Fernando Bissaya Barreto, no apelo que lançou para a concertação de uma estratégia profilática e terapêutica dirigida à lepra, comportasse uma denúncia da cegueira política perante o problema em Portugal (com indiscutíveis corolários experienciais para aqueles que se debatiam com a lepra nos seus corpos e nas suas vidas), foi, paradoxalmente, a visibilização desse mesmo problema que accionou a produção dos doentes de lepra como “ausências” (Santos, 2002: 246-247). Foi, precisamente, a classificação do que não encontrava, previamente, uma articulação definida, que suscitou uma subalternização dos indivíduos padecentes de lepra, dado o conteúdo ideológico que informava essa mesma classificação.

Assim, a lepra afigurava-se como uma anomia que permanecia imune à regulação política, instigando uma acomodação discursiva da mesma, com vista à contenção da ameaça que representava. A apropriação disciplinar da lepra comportava, portanto, um projecto de ordenamento do espaço social, no qual não cabia a prevalência de uma enfermidade identificada com o atraso civilizacional. Pelo que, ao conferir visibilidade à lepra no espaço público, edificando uma utopia biomédica de transformação social, a intervenção impulsionada por Bissaya Barreto produziu, em simultâneo, uma invisibilização institucional dos doentes de lepra no espaço ocluso da leprosaria, sob uma retórica que os classificava

como vectores de uma impureza patogénica que potenciava uma ameaça à preservação da saúde pública.

Neste sentido, compreende-se como o acto de nomear, praticado num processo de classificação ancorado em relações de poder assimétricas, pode significar um exercício de violência simbólica e política. Este tipo de nomeação produz o eclipse do mesmo objecto que ressalta. Paradoxo que envia para a questão da exterioridade da representação, discutida por Said (2004) na sua tese sobre o orientalismo.

Finalmente se entende a denúncia endereçada, pelos ex-doentes do Serviço de Hansen, às entidades médicas como agentes de produção do estigma. A classificação dos doentes de lepra como vectores de uma impureza patogénica (intimamente associada com a pobreza e com a carência de higiene e instrução), e a descrição, pelas entidades oficiais, do seu estatuto social como um de ostracismo, edificou uma representação dos doentes de lepra como sujeitos *naturalmente* excluídos. No lastro desta representação, o estigma como ontologia do doente de lepra foi reificado.

Com efeito, a noção de estigma veio a estar de tal modo imbricada na representação social da lepra, que a fusão simbólica entre lepra e estigma desagua, frequentemente, numa conexão semântica entre ambos os termos, em que um é passível de ser empregue para significar o outro. A força deste vínculo compele a que, grande parte dos estudos sociais sobre a lepra, elejam o estigma como temática central da pesquisa, muitas vezes numa perspectiva que o reifica como motriz de processos de auto-exclusão nos sujeitos enfermos.<sup>46</sup> Isto decorre, sobretudo, de uma perspectiva que tende a assumir como transparente a incorporação de uma identidade que não emerge de um processo de identificação, como diria Hall (1996), mas que resulta da inscrição de uma dada representação num grupo social demarcado por processos que lhe são exógenos.

Invoco, a título de exemplo, a argumentação de Waxler (1998: 153) que, sob o sugestivo título “Learning to be a leper”, contesta a universalidade do estigma enlaçado na lepra, confirmando, contudo, a sua incorporação nos contextos em que aquele emerge:

“As expectativas de uma sociedade em relação aos leprosos, as suas crenças acerca deles, têm uma influência significativa nas suas experiências como pessoas doentes. Se examinarmos o que um paciente faz quando descobre que tem lepra, descobrimos que a sua resposta é consistente com as expectativas da sociedade sobre os leprosos. De facto, ele aprende a ser um leproso, o

---

<sup>46</sup> Veja-se, por exemplo, Awofeso (2005) ou Romero-Salazar, Parra, Moya-Hernández, Rujano e Salas (1995).

tipo de leproso que a sua família e os seus vizinhos, até mesmo os seus médicos, esperam que ele seja.”

Variados estudos enfatizam, igualmente, o papel do estigma na renúncia das pessoas enfermas de lepra em procurar assistência médica.<sup>47</sup> Em larga medida, o uso do estigma como categoria nuclear para pensar a experiência da lepra em diferentes contextos sociais, padece da reiteração, sinalizada por Spivak (1993), de representações que, ao invés de iluminarem a intencionalidade dos sujeitos, a exauram e obscurecem.

Não querendo elidir os embaraços sociais, muitas vezes conducentes a experiências de grande privação e sofrimento, enfrentadas pelas pessoas que padecem de lepra, julgo ser relevante procurar descortinar de forma mais apurada a sua intencionalidade.

Neste trilho cabe referir a pesquisa de Staples (2005), desenvolvida no Sul da Índia, na qual desconstrói os conceitos hegemónicos de estigma e de deficiência, demonstrando um uso estratégico da incapacidade física pelos doentes de lepra, como um meio emancipatório para a sua subsistência, por recurso a diferentes instâncias da sociedade indiana, bem como de instituições biomédicas e missionárias transnacionais.

Em direcção idêntica, Gussow e Tracy (1972), ressaltando a diversidade de respostas sociais de estigmatização dos doentes de lepra nos Estados Unidos da América, afirmam não existir evidências de uma maior estigmatização desta enfermidade relativamente a outras como o cancro ou a tuberculose. Estes autores verificam uma maior ênfase discursiva no estigma por parte dos profissionais de saúde que laboram com a lepra face à generalidade do espaço público, onde o relevo conferido ao estigma associado à lepra é significativamente menor.

Não obstante, dada a presença perene do conceito de estigma na orla da representação e da experiência da lepra, é necessária uma detenção reflexiva no mesmo.

Recorrendo, de novo, ao conteúdo semântico da palavra, estigma remete para (*Grande Dicionário da Língua Portuguesa*, 2004: 635) uma “marca infamante feita com ferro em brasa; cicatriz; ferrete”. O termo estigma indicia, portanto, uma marca inexoravelmente imprimida num objecto, indissociável, como tal, do objecto em si. Este significado reporta para uma fusão essencialista entre o estigma e o indivíduo portador do mesmo, descartando um terceiro termo de mediação. Isto é, segundo esta acepção o Outro comparece como mero espectador, logo passivo na relação entre o estigma e o indivíduo onde aquele se aloja.

---

<sup>47</sup> Veja-se Barret (2005).



Porém, a investigação desenvolvida a partir da segunda metade do século XX acerca do modo como classificamos o mundo, no âmbito das chamadas ciências cognitivas, rompe com as ideias clássicas de uma equivalência directa entre as categorias cognitivas e as coisas no mundo. Pelo contrário, as categorias cognitivas são metaforicamente estruturadas num processo interpretativo, em que as propriedades que as definem não são inerentes aos objectos, mas resultam de uma interacção experiencial com os mesmos (Lakoff, 1987). Disto se retira a ilação de que o estigma, enquanto categoria cognitiva que percepção essa marca no Outro, resulta de um processo de construção social.

Nesta senda é incontornável a ponderação do estigma encetada por Goffman (1980). Segundo o autor, a socialidade humana processa-se com base em categorias socialmente produzidas que, ao serem identificadas com caracteres externos, condicionam a interacção quotidiana entre indivíduos (Goffman, 1980: 12):

“Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável – num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-la criatura comum e total, reduzindo-a a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande – algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem – e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real.”

Aquilo que é relevante na sua argumentação, é o modo como desmonta a naturalização intrínseca à construção destas categorias, acentuando o seu carácter relacional e dinâmico, desconstruindo, com isso, o estigma como ontologia (Goffman, 1980: 13):

“O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem honroso nem desonroso.”

Todavia, a formulação de Goffman (1980: 22), sendo desenvolvida no contexto teórico do interaccionismo simbólico, confere especial destaque aos “contactos mistos”<sup>48</sup> entre sujeitos estigmatizados e sujeitos não estigmatizados, carecendo de uma reflexão crítica que permita equacionar o estigma com a relação entre ordem social e formulações simbólicas negativas adscritas àquilo que não é apropriável no seu seio. Ou seja, Goffman (1980) parece ignorar a dimensão reguladora do estigma, obscurecendo, concomitantemente, a intencionalidade política dos indivíduos sobre os quais o mesmo recai, limitando o escopo da sua análise a estratégias quotidianas de adaptação e de preservação do *self*, que divergem de acordo com o grau de visibilidade do próprio estigma. Segundo o autor a visibilidade do estigma reduz a interacção social dos sujeitos “desacreditados” a uma gestão da tensão social que emerge nos “contactos mistos”, ao passo que a invisibilidade do estigma possibilita aos sujeitos “desacreditáveis” um encobrimento do mesmo (Goffman, 1980: 51). Porém, ao identificar a dialéctica entre ocultação e revelação como sendo nuclear à experiência de uma identidade socialmente vinculada ao estigma, Goffman (1980) parece reflectir o encobrimento do último como um acto meramente performativo, pressupondo, com isso, uma incorporação do estigma por parte dos sujeitos socialmente estigmatizados.

Ora, no caso da lepra, o estigma aparenta configurar um instrumento classificatório em uso num processo que transborda a dimensão quotidiana da interacção social, e que obriga a centrar a discussão no plano das relações de poder, por um lado. Por outro lado, a experiência e a reflexividade dos ex-doentes de lepra contraria a ideia de uma incorporação do estigma pelo *self*.

Por conseguinte, no que respeita à construção social do estigma, julgo ser elucidativo ampliar a ponderação sobre o estigma à moldura teórica pós-colonial, que identifica o estereótipo como a paisagem simbólica onde se entretete o discurso colonial. Com efeito, no contexto colonial o estereótipo converteu-se num instrumento capital para a legitimação da opressão. Particularmente esclarecedora é a reflexão de Bhabha (2005b), que identifica a fixidez, a repetição e a ambivalência como os mecanismos subjacentes ao fabrico e ao sustento do estereótipo. Segundo o autor, o estereótipo, enquanto representação que valida a inferioridade atribuída ao Outro, cimenta-se num imaginário cristalizado, que proclama a imutabilidade tangível da adscrita negatividade. Pelo recurso à fixidez, a inferioridade do Outro é essencializada como uma condição natural. Todavia, essa mesma fixidez faz-se

---

<sup>48</sup> Goffman (1980: 22) define os “contactos mistos” como: “... momentos em que os estigmatizados e os normais estão na mesma «situação social», ou seja, na presença física imediata um do outro, quer durante uma conversa; quer na mera presença simultânea em uma reunião informal.”

dependem de uma repetição das negatividades apontadas, por forma a que os mesmos caracteres possam ser invocados em circunstâncias diversas, dotando-os de uma universalidade que permite, enfim, esculpir o estereótipo como verdade. Por outro lado, o estereótipo desfralda uma brecha para a ambivalência, permitindo encetar uma relação com esse Outro que, embora prenhe de negatividade, exorta ser regenerado. Nessa cisão, abre-se o espaço para a legitimação da dominação colonial, sob uma retórica salvífica em torno da pretensa superioridade moral do dominador face ao dominado (Bhabha, 2005b: 158):

“Como forma de cisão e crença múltipla, o estereótipo requer, para que a sua significação seja bem sucedida, uma cadeia contínua e repetitiva de outros estereótipos. O processo através do qual a «dissimulação» metafórica é inscrita numa falta que tem de ser ocultada confere ao estereótipo tanto a sua fixidez como a sua qualidade fantasmática – as *mesmas velhas* estórias da animalidade do preto, da imprescutabilidade do *coolie* ou da estupidez do irlandês *têm* de ser contadas (compulsivamente) de forma repetida e renovada, e revelam ser, sempre que isso acontece, diferentemente gratificantes e aterradoras.”

O estereótipo fornece, assim, um instrumento para a naturalização de uma hierarquia e para a concomitante legitimação da relação de dominação como uma missão soteriológica. Por outro lado, como aponta Bhabha (2005b), o poder discursivo accionado, é um que, ao mesmo tempo que produz a diferença (conferindo-lhe o que pode ser descrito como uma visibilidade extrema, onde o excesso figura como estratégia central), rejeita-a e, sobretudo, vela-a. É na dobra, aparentemente paradoxal, que sutura a visibilidade com a invisibilidade, que se aloja a funcionalidade do estereótipo, bem como do estigma.

Na verdade, tanto o estereótipo quanto o estigma aninham-se numa percepção, socialmente instilada, de caracteres negativos, tendencialmente inscritos no corpo. Por conseguinte, ambos pendem a somatizar a diferença, produzida e classificada negativamente na dialéctica entre ordem e desordem social. A somatização das hierarquias, por um lado, faculty a sua naturalização e, por outro, insufla o cunho da negatividade, ao ponto desta se tornar numa totalidade que oculta quaisquer outros traços passíveis de serem reconhecidos. Com efeito, estereótipo e estigma são categorias classificatórias urdidas num processo metonímico (Lakoff, 1987: 79):

“Os estereótipos sociais são casos de metonímia – em que uma subcategoria possui o estatuto, socialmente reconhecido, de estar para a categoria como um todo, normalmente com o propósito de suscitar um julgamento rápido sobre as pessoas.”

A excessiva visibilização de um ou mais traços, gizados socialmente e inscritos num grupo de pessoas como explicação ontológica e totalizante, tem como corolário a homogeneização desses indivíduos, que reverte, por fim, na sua invisibilização e silenciamento. Tal como no espectro medieval do doente de lepra, a metaforização pública dos indivíduos tomados como alvo de estratégias sociais de exclusão, lança sobre os mesmos um véu que os homogeneiza, desindividualiza e silencia. Esta opacidade transmuta-se num factor que, através de um processo iterativo, reproduz a exclusão e, simultaneamente, a legitima.

A persistência de imagens de poluição imputadas na lepra, desde as ideias bíblicas e medievais de uma impureza moral até à ideia moderna de uma impureza patogénica, fazendo invocar, repetitivamente, uma metonímia do “leproso” como sujeito irremediavelmente submetido a processos de estigmatização social, cravou, inexoravelmente, o estigma na representação pública dos doentes de lepra.

Por conseguinte, o estigma, transvazando uma mera categoria accionada na interacção social, no confronto entre uma “identidade social virtual” e uma “identidade social real” (Goffman, 1980: 12), deve ser pensado na sua associação com a produção dos doentes de lepra como “ausências” (Santos, 2002: 246-247), ou seja, enquanto um mecanismo que, mais do que ascender de uma dada posição de marginalidade social, colabora na sua construção. Finalmente, tal como no caso do estereótipo colonial, o estigma inscrito na lepra descerra um espaço para uma ambivalência que permite inverter o fluxo da exclusão, num encetar de uma relação aparentemente inclusiva, mas que ao manter, ao mesmo tempo, o plano da inferioridade estável, acaba por sustentar a exclusão. Nomeadamente, através de um projecto soteriológico que bosqueja os doentes de lepra como um objecto de compaixão a ser reabilitado pela intervenção biomédica, numa relação assimétrica e hierarquicamente definida.

Porém, o universo do estigma não se queda na estigmatização. Com efeito, as narrativas dos ex-doentes de lepra do Serviço de Hansen desvelaram práticas e universos de sentido, por detrás do véu do estigma e da oclusão disciplinar nos muros segregacionistas da leprosaria,

que contrariam a ideia de uma “morte social”.<sup>49</sup> Muito embora o diagnóstico de lepra tenha significado um momento de *destruição do mundo*, como nos diz Leder (1990: 75):

“A tendência da dor para desintegrar as nossas intencionalidades, não conduz nunca a um colapso total do mundo. É da nossa natureza, enquanto seres-no-mundo, habitar um contínuo de espaço e tempo, projectos e objectivos, com significado.”

Ou, como diria Merleau-Ponty (1999: 18): “Porque estamos no mundo, estamos *condenados ao sentido...*”. Ainda que retidos num limbo, estes indivíduos construíram activamente as suas vidas, tanto no interior do Hospital-Colónia, quanto no seu exterior. Viu-se que as fronteiras que desenhavam a segregação interna e externa no Hospital-Colónia, foram transformadas pela agência dos internados em espaços de porosidade. Como tal, estes indivíduos têm habitado, ao longo das suas vidas, uma contingência social que, conquanto os tenha invisibilizado do espaço público, não os esvaziou enquanto sujeitos históricos. Os interstícios das fronteiras que delimitam as margens, revelaram-se, portanto, espaços fecundos para a produção social. Neste sentido, o silêncio do sujeito subalterno emanou de uma relação de poder desigual que, muito embora tenha velado publicamente a sua intencionalidade, não a anulou.

Daí que, a aporia entre a representação social dos doentes de lepra e a sua experiência, demande um deslocamento do olhar, para além do poder como uma relação dialéctica. Como afirma Bhabha (2005a), a experiência da marginalidade social pulveriza concepções totalizantes de identidade e de agência, forçando a considerar a indeterminação na produção de sentido e de práticas, no acto da sobrevivência social. A questão que aflora é, portanto, da viabilidade em se conceber a agência histórica fora da dialéctica clássica entre poder e resistência.

Ora a relação do *self* dos ex-doentes de lepra com a inscrição social do estigma na sua identidade pública deve ser interpelada sem se almejar soluções essencialistas de matriz dicotómica. Indubitavelmente, como os próprios afirmam, o estigma vinculado à lepra condiciona a sua interacção social no espaço público. O que não denota, forçosamente, a incorporação do estigma, tanto no que pode ser invocado como o sentimento de si, quanto na sua reflexividade. Ou seja, a relação entre identidade e identificação não é, necessariamente,

---

<sup>49</sup> Ainda que tenha invocado o conceito de “instituição total” (Goffman, 1961: XIII) para a ponderação do modelo do Hospital-Colónia Rovisco Pais, não prosseguirei a análise das práticas dos internados no quadro da proposta de Goffman (1961), dado me interessar estender a compreensão da sua intencionalidade para lá dos conceitos que o autor introduz, uma vez que a mesma não se deteve nos muros segregacionistas.

analógica. Pelo contrário, viu-se que os ex-doentes do Serviço de Hansen enjeitam a identificação com uma identidade pública que desenha o estigma como ontologia do doente de lepra.

Como se viu, também, esta disjunção instigou o uso estratégico do silêncio como um mecanismo que faculta uma circulação, desagrilhoada do peso do estigma, entre diversos espaços sociais. Ao encobrimento, socialmente produzido, pelo véu do estigma, estas pessoas responderam com um outro modo de encobrimento activo, que pode ser pensado como máscara.

A máscara, enquanto artefacto que dissimula o corpo, anuncia uma tensão entre processos de dissimulação e processos de manifestação. Como explica Lévi-Strauss (1979: 124), é, paradoxalmente, na capacidade para ocultar que reside a aptidão da máscara para revelar:

“... uma máscara não existe em si; a máscara pressupõe, sempre presentes a seu lado, outras máscaras, reais ou possíveis, que poderiam ter sido escolhidas para a substituírem (...) uma máscara não é, principalmente, aquilo que representa mas aquilo que transforma, isto é: que escolhe *não* representar. Como um mito, uma máscara nega tanto quanto afirma; não é feita somente daquilo que diz ou julga dizer, mas daquilo que exclui.”

Valverde (2000: 32), no seu estudo desenvolvido em São Tomé sobre a performance teatral *tchiloli*, sugere a ampliação da ideia de máscara a uma “enunciação corporal de diferentes concepções de pessoa”. O autor demonstra como a gestão da identidade (abarcando um desdobramento privado e público da mesma), no seu confronto com as dinâmicas de poder que enformam as relações sociais, recorre a um entremear fluido entre a ocultação e a revelação. Nesse sentido, o acto de envergar uma máscara, ou várias, transvaza o mero aplique de um artefacto no corpo, para significar a assunção de uma identidade com uma ocultação simultânea de outras.

No caso dos ex-doentes de lepra, o uso do outro lado do véu como máscara verifica-se na ocultação do seu historial clínico que, embora sendo facilitada pela ausência de sinais da doença na superfície do corpo, não é inviabilizada pela sua manifestação. Disso patente, é o facto de que, muito embora os ex-doentes ostentem sequelas da enfermidade, não se identifiquem como tal no espaço público. Ou seja, a capacidade em ocultar o historial da lepra não se esgota na ausência de sinais corporais, contrariando a distinção analítica de Goffman (1980) entre diferentes estratégias de gestão do estigma no espaço público em dependência do

grau de visibilidade do mesmo. Poder-se-á argumentar, que a análise do autor se centra mais na inscrição corporal dessa marca “infamante”, o estigma, e menos na agencialidade dos sujeitos. Ora, ao ocultarem o historial da lepra, os ex-doentes invertem a produção da invisibilidade, obliterando, precisamente, o mesmo traço que, sendo excessivamente realçado pelo estigma, se convertera numa totalidade que suprimia os restantes aspectos das suas individualidades e das suas identidades sociais. Neste sentido, o segredo enquanto máscara, é menos uma estratégia performativa e adaptativa de disfarce, e mais um dispositivo que faculta a manifestação dos caracteres pessoais e sociais encobertos pela compulsão totalizante e homogeneizante do estigma.

Em torno, o uso do próprio véu como máscara, insinua-se na apropriação, por estes indivíduos, do dispositivo que atalhou a sua cidadania no passado, como um instrumento emancipatório no presente, ao reivindicarem, enquanto ex-doentes de lepra compulsivamente internados no antigo Hospital-Colónia, o direito a receber cuidados médicos, sociais e económicos continuados. Neste sentido, a revelação do historial clínico e existencial associado à lepra (exactamente a mesma identidade que se repudia noutros contextos sociais, como se viu atrás) sugere que a assunção do véu do estigma, fazendo uso da mesma representação que legitima a exclusão, não resulta da incorporação do estigma, mas configura, antes, uma estratégia emancipatória.

Fanon (1967: 10) esclarece, exemplarmente, o aparente paradoxo do uso estratégico dos mecanismos da opressão por parte dos sujeitos oprimidos, quando afirma, numa crítica profunda à colonialidade do poder e do saber,<sup>50</sup> que: “Para o homem negro só existe um destino. E esse é branco”. Subsequentemente, Fanon (1967) desmonta o exercício da camuflagem identitária como um corolário das, e reacção às, relações de dominação, iluminando a intencionalidade, obscurecida pela violência das representações coloniais, do sujeito oprimido, no acto de assunção de uma identidade que lhe é imposta pelo opressor.

A ambiguidade do accionamento díspar de estratégias de camuflagem ou de declaração de uma identidade pública enquanto ex-doentes de lepra, indica que a relação com uma determinada inscrição identitária, se faz variar consoante os contextos e os fins almejados, esboroando concepções essencialistas de agência e de identidade. Staples (2003: 307) verificou igual maleabilidade no contexto do Sul da Índia:

---

<sup>50</sup> A ideia de colonialidade do poder e do saber resulta da constatação de que (Santos, 2006: 26): “... o fim do colonialismo enquanto relação política não acarretou o fim do colonialismo enquanto relação social, enquanto mentalidade e forma de sociabilidade autoritária e discriminatória.” Sobre a relação entre a colonialidade do poder, eurocentrismo e capitalismo ver Quijano (2000). Sobre a colonialidade do saber que configura, simultaneamente, uma colonialidade do ser, ver Mignolo (2003).

“O contraste nítido entre situações nas quais as deformidades são disfarçadas e outras em que são propositadamente enfatizadas, mostra como as relações dos indivíduos com os seus corpos mudam radicalmente de acordo com o contexto.”

Aquilo que está implícito no uso do véu da exclusão como máscara, é essa “arte da invisibilidade”, mecanismo de sobrevivência social possuído e protagonizado pelo sujeito subalterno, de que nos fala Bhabha (2005a: 92):

“A negação da posição da mulher migrante – sua *invisibilidade* social e política – é usada por ela em sua arte secreta de vingança, a *mímica*.”

Em suma, o sujeito subalterno, no curso da sujeição a processos políticos e epistémicos de invisibilização social, desenvolve uma relação estratégica com a própria condição de invisibilidade que lhe é imposta, dela fazendo um uso intencional e selectivo. Por conseguinte, a violência do silêncio a que se vê votado, é transmutada pelo mesmo em agência, num uso hábil do segredo, deixando o silêncio de ser um produto da dominação para se tornar numa estratégia de transgressão. Dir-se-ia que, se por vezes o sujeito subalterno não pode falar (Spivak, 1993), noutras pode, ele mesmo, optar por não o fazer, convertendo, assim, o véu da exclusão numa máscara de emancipação.

Num outro sentido, os ex-doentes de lepra, perante situações de confronto com a estigmatização social de que são alvo, respondem com uma desqualificação inversa do Outro. Assim, como se viu, atribuem o medo ou o repúdio social de que são alvo à ignorância alheia. Nessas situações, tendem a contestar, activamente, as respostas sociais de exclusão, seja no curso da interacção quotidiana, seja através do protesto público, como se viu, também. No fundo, os ex-doentes recusam que um encontro entre duas pessoas se transforme num “encontro entre uma pessoa e um objecto” (Hughes, 2002: 71). E para isso, valem-se, precisamente, do conhecimento biomédico.

A apropriação do modelo biomédico como instrumento de contestação da ideia de uma elevada transmissibilidade atribuída à lepra e do concomitante medo social dos que dela padecem, conduz a uma problematização do próprio poder disciplinar enquanto artífice de silenciamentos. Vale a pena trazer, aqui, a reflexão de Quintais (2006: 110-111) acerca da psiquiatria:



“Como é que nos surge a voz do sujeito classificado, em que termos, com que propósitos? O que se quer fazer através dela? Terá sido essa voz silenciada, emudecida sob o jugo disciplinar, como parece querer Foucault? Não, essa voz não foi silenciada pelo jugo disciplinar. Essa voz foi *cooptada* pelo discurso psiquiátrico e o seu rumor é afinal o seu campo de visibilidade discursiva, se quisermos colocar as coisas nesses termos.”

O confronto com o poder disciplinar desponta na experiência dos ex-doentes como um processo ambivalente, irreduzível quer a uma domesticação dos sujeitos, como diria Foucault (1977a), quer a uma imutabilidade primeva. Antes, dir-se-ia que, se os doentes de lepra foram objecto de uma disciplinarização, pela acção combinada entre a biomedicina e o Estado, os dispositivos criados para esse fim foram, também eles, transformados num objecto de domesticação pelos primeiros. Não apenas os internados mantiveram contacto com os espaços sociais contíguos ao Hospital-Colónia, como a sua agência no interior do mesmo o foi transformando progressivamente. Em contrapartida, os mesmos revelaram uma acomodação selectiva do modelo educativo implementado na grande máquina profilática, terapêutica e regeneradora que era o Hospital-Colónia. Nesse “entre-lugar” (Bhabha, 2005a) verifica-se, assim, um compromisso negociado entre a sujeição e a transgressão, num entalhamento contingente de intencionalidades diversas ou, como diria Santiago (2000: 25), “o invisível torna-se silêncio (...), a presença do modelo, enquanto o visível é a mensagem, é ausência no modelo”.

Por fim, a reflexão dos ex-doentes sobre o estigma avança uma sugestão que considero particularmente importante. Ainda que identifiquem o estigma com as sequelas físicas provocadas pela lepra, os ex-doentes remetem para o Outro a responsabilidade pela estigmatização, fazendo-a depender menos de quem é olhado e mais de quem olha. Ao ressaltarem a heterogeneidade das respostas sociais que lhes são dirigidas, num eixo entre a reciprocidade e a rejeição, imputam o ónus da exclusão ao Outro.

Curiosamente, a sua reflexão aproxima-se da proposta do modelo social dos estudos sociais sobre deficiência, desenvolvido nas sociedades do Norte<sup>51</sup> a partir de meados da década de 1970. O modelo social contesta a jurisdição biomédica na definição de deficiência, uma vez que essa acepção, centrada no indivíduo, tende a ontologizar a deficiência, e

---

<sup>51</sup> Acerca da disparidade entre o Norte e o Sul no que se refere às questões ligadas à deficiência, vale a pena escutar Whyte e Ingstad (1995: 24): “Enquanto as organizações *para* pessoas deficientes, organizações caritativas, têm uma longa história na América do Norte e na Europa, e estão largamente implementadas em países do Sul, as organizações *das* próprias pessoas deficientes são relativamente recentes nos espaços em vias de desenvolvimento.”

contrapõe uma contextualização social e cultural, numa perspectiva construtivista sobre a deficiência com inerentes pressupostos e objectivos políticos. Em suma, ao invés de identificar a deficiência como uma limitação individual, o modelo social identifica a sociedade como o problema (ver Barnes, Oliver e Barton, 2002).

Evidentemente, esta é uma proposta epistémica e política que não é susceptível de ser identificada com a reflexão dos ex-doentes, contudo não deixa de ser extremamente relevante o deslocamento que os últimos operam e que, no final de contas, reflecte a sua denegação de uma identificação fenomenológica com o estigma como ontologia do doente de lepra.

## **6.2. Entre o Mesmo e o Outro: o tacto e as fronteiras do corpo como zonas de porosidade**

Os universos fenomenológicos reportam-nos para esse “ser no mundo” de que nos fala Merleau-Ponty (1999: 9). Irreduzíveis a uma reflexividade sobre a experiência, as suas constelações nutrem-se no próprio movimento da existência, acolhendo significados incomensuráveis a uma representação linguística. Não obstante, a explanação da vivência dos processos corporais, percebidos como momentos de desordem, ilumina as sinergias sociais que lhes são adjacentes. Exemplo disso, são as célebres obras de Zola (1982) ou de Murphy (1998), acerca da sua própria experiência. O que esta constatação indica é que, embora a plenitude da experiência detenha um cunho impérvio a um resgate comunicacional total, a experiência da “doença”, para o caso aqui em consideração, permite, por um lado, aclarar os processos de construção social da mesma e faculta, por outro lado, a emergência da intencionalidade humana por ela substanciada e que nela se substancia.

Porventura a moldura conceptual mais apurada para uma fenomenologia da “doença” é a que foi produzida por Leder (1990: 83) na sua elaboração do conceito de “dys-appearance”, que pretende alcançar um aparecimento simultaneamente pernicioso e fracturante do corpo. Como tive oportunidade de referir atrás, Leder (1990) desenvolve este conceito sobre a ideia de que o corpo tende para uma ocultação experiencial das funções fisiológicas e motoras. Como transparência é-lhe, assim, possibilitada a imersão e a comunicação no e com o mundo. Segundo Leder (1990), é a própria experiência do corpo no mundo que funda, paradoxalmente, a negação cartesiana da experiência. Em torno, a experiência da dor ou da enfermidade suscita uma intensificação sensorial que converte determinadas regiões do corpo, ou a sua totalidade, num objecto temático, muitas vezes experienciado como uma alteridade que ameaça a integridade do *self*.

Contudo, a idiosincrasia inerente ao “ser no mundo” não se detém num encerramento experiencial do indivíduo sobre si mesmo, mas aponta, também, como declara Merleau-Ponty (1999: 18), para o campo da intersubjectividade:

“O mundo fenomenológico é não o ser puro, mas o sentido que transparece na intersecção de minhas experiências, e na intersecção de minhas experiências com aquelas do Outro, pela engrenagem de umas nas outras; ele é portanto inseparável da subjectividade e da intersubjectividade que forma sua unidade pela retomada de minhas experiências passadas em minhas experiências presentes, da experiência do outro na minha.”

Será, sobretudo, ao espaço da intersubjectividade que apelarei na apreciação da experiência da lepra. Nesse sentido, centrar-me-ei no relevo que se ofereceu como mais preponderante na paisagem fenomenológica da lepra, e que assoma na condição experiencial de se habitar um corpo socialmente percebido como intocável. E se falo em paisagem, é porque a experiência do Outro se oferece, inelutavelmente, para aquele que não a partilha, como uma exterioridade. Por conseguinte, ao invocar os universos fenomenológicos da lepra, não pretendo elidir, aqui, essa aporia. A tarefa que me proponho é, logo, um exercício hermenêutico, sem qualquer pretensão de uma transparência fenomenológica. Contudo, como se verá, é, precisamente, não na supressão mas na subversão dessa aporia, que reside o que se me afigura como a valiosa contribuição que a experiência da lepra poderá fornecer para a ampliação do entendimento dos modos de substanciação no vivido da dialéctica entre a inclusão e a exclusão.

Na verdade, se as respostas sociais às doenças infecto-contagiosas assumem uma especificidade que matiza a invisibilidade simbólica e social com a restrição política da cidadania, julgo que se verifica uma igual peculiaridade nos seus universos afectivos e sensoriais. Nomeadamente, o conflito entre a inclusão e a exclusão projecta-se na experiência do corpo-próprio e, sobretudo, é transformado, aí, num objecto de disputa. Mas, antes de incidir nessa reflexão, importa lançar alguns dados que, muito embora não cabendo nela, podem auxiliar a iluminá-la com a densidade do corpo de que se fala.

O universo fenomenológico da lepra encerra uma multiplicidade de experiências corporais e afectivas, que deslindam o carácter desdobrável de uma enfermidade que se estende a uma grande diversidade de corolários físicos. A idiosincrasia de qualquer experiência corporal é sublinhada, neste caso, pela singularidade do processo de interacção entre o agente etiológico da lepra e o sistema imunitário de cada indivíduo. Este processo é,

por sua vez, determinante para o tipo de incapacitação física que dele resulta, divergindo esta, por conseguinte, muito consideravelmente de pessoa para pessoa. Pelo que, no contexto do Serviço de Hansen as experiências corporais são muito variadas.<sup>52</sup>

Em contrapartida, os ex-doentes partilham o que pode ser descrito como uma percepção aguda dos seus corpos, praticada numa vigilância diária dos mesmos. Muito embora a intensificação da consciência do corpo-próprio possa sugerir essa “construção espaço-temporal” que Leder (1990: 80) atribui à “doença”, creio que as doenças crónicas obrigam a uma distinção mais fina desse processo, pelo desafio que constituem à antinomia entre “saúde” e “doença”, dado que o seu prolongamento temporal tende a dissipar uma vivência estanque dos processos corporais, problematizando a ideia de que uma pessoa ou está “saudável” ou está “doente”. Assim, apesar dos seus corpos imporem cuidados diários, a corporalidade marcada pela lepra não é tematizada como objecto no Serviço de Hansen, mas vivida fluidamente, com recurso a estratégias pessoais de funcionalidade quotidiana e de entreaajuda comunitária. Neste sentido, a intensificação perceptiva do corpo-próprio não é símile ao retraimento espaço-temporal referido por Leder (1990).

Todavia, a vigilância individual do corpo, ao comungar com as práticas terapêuticas quotidianas, cruza o sentimento do corpo-próprio com a exibição diária do mesmo enquanto corpo-objecto para a biomedicina. A complexidade deste vínculo manifesta-se, por exemplo, no facto das zonas mais vulneráveis do corpo, como aquelas que se encontram num processo de ulceração permanente, muitas vezes serem menos visíveis para o próprio e mais para os técnicos de enfermagem. Assim, a atribuição de sentido aos processos corporais faz-se, em larga medida, dentro da moldura biomédica, que oferta uma “linguagem de agência” (Scarry, 1985: 13) para o corpo-próprio, também. A apropriação dessa hermenêutica reverte no facto dos ex-doentes vigiarem, atentamente, a acção clínica. Dir-se-ia que, neste caso, dada a longa convivência entre pacientes e terapeutas, a pulsão escópica da biomedicina é tomada pelo seu objecto para vigiar a própria disciplina que o fabricou. Significativamente, o arquivo clínico, construído como um dispositivo do poder biomédico, é invocado pelos ex-doentes, como garantia para uma prática terapêutica adequada ao seu historial clínico. O tipo de relação epistémica desenvolvida entre pacientes e terapeuta, sintetiza-se na cogitação de João, proferida em diálogo com um médico:

---

<sup>52</sup> Este desdobramento das sequelas da lepra incita um questionamento acerca da hierarquização simbólica das diferentes regiões corporais e da sua associação com a normatividade corporal sancionada socialmente. Contudo, esse exame não cabe nesta reflexão. Sobre estas questões no contexto do Sul da Índia, veja-se a pesquisa de Staples (2003).

- O que eu sinto, eu é que sei, mas o que eu tenho o Doutor é que sabe.

Por outro lado, o corpo-próprio adscribe sentido e direcção ao curso existencial (como está manifesto no facto dos ex-doentes atribuírem o facto de permanecerem no Serviço de Hansen à necessidade de cuidados médicos diários), fornecendo, em torno, um *locus* que cartografa a sua memória, muitas vezes inscrevendo a temporalidade das suas vidas no surgimento de determinadas sequelas.

No que respeita a uma disjunção entre o *self* e o corpo, para os ex-doentes esta parece assomar, sobretudo, no trato entre “os doentes” e “os de saúde”, nomeadamente perante a emergência de um olhar exterior que possa trair a possibilidade de reciprocidade. E é, precisamente, aí que se aninha a especificidade da experiência de uma enfermidade sobre a qual é alteada uma representação dos que dela padecem como sujeitos intocáveis.

Na verdade, o carácter contagioso da lepra, ao transbordar as fronteiras do corpo individual, esboroando, com isso, a sua irredutibilidade, parece induzir uma conexão análoga na sua vivência mais imediata. Quer isto dizer, que o universo fenomenológico da lepra desfralda uma singular porosidade à dimensão da intersubjectividade no vivido. Ou seja, para o “ser no mundo” Merleau-Ponty (1999: 9), o Outro constitui um nexos que matiza os recursos emocionais e afectivos accionados no fluxo da experiência. Compreende-se, assim, que, por um lado, a relação com o corpo-próprio divirja de acordo com as diferentes redes de sociabilidade em que esse se posiciona, assumindo um maior ou menor grau de tematização, e que, por outro, a experiência da igualdade ou da diferença influa na maior ou menor agudeza das respostas afectivas à adscrição da poluição no corpo-próprio.

No fluxo da experiência, o curso emocional é gizado pela dinâmica entre a inclusão e a exclusão. Dinâmica substanciada no corpo pelo tacto, que se oferece como um elemento de conexão ou de disjunção entre o Mesmo e o Outro. Com efeito, e como se viu, o toque assume uma enorme vitalidade na determinação da mutualidade ou, ao contrário, na sua negação. Por conseguinte, a experiência dos ex-doentes instiga um questionamento acerca do lugar do tacto nas relações sociais.

Na consideração da ordem sensorial moderna, é insofismável o privilégio da visão face aos outros sentidos. Essa supremacia tem sido sobejamente posta a descoberto. Fabian (1983) identifica o visualismo como paradigma da epistemologia ocidental, descortinando as estratégias de produção e de ordenação espacial do conhecimento, que postulam um ímpeto objectivista organizado numa relação assimétrica entre sujeito e objecto do conhecimento. Classen (1993: 136), num estudo que problematiza a classificação ocidental dos cinco

sentidos como uma evidência biológica,<sup>53</sup> revelando, através da desconstrução histórica e da comparação intercultural, a imbricação da sensorialidade com processos sociais e culturais, desvendando a relação entre ordem sensorial e ordem social:

“... os modelos sensoriais são modelos conceptuais, e os valores sensoriais são valores culturais (...) Uma vez que os valores sensoriais são valores sociais, as relações sensoriais são relações sociais.”

No exame do visualismo ocidental, a autora deslinda a sua relação com o individualismo e com o capitalismo, no interior de uma epistemologia que privilegia a análise sobre a síntese e a aparência sobre a substância. A reflexão de Foucault (1977a), acerca do regime panóptico da modernidade, revela a pulsão escópica da epistemologia moderna como um dispositivo de regulação política. O referido pendor visualista da modernidade conduziu a um obscurecimento de outras ordens sensoriais, configurando o tipo de restrição epistemológica que Santos (2002: 238) denuncia como um “desperdício da experiência”. Na ordem sensorial moderna, o tacto foi, assim, remetido para o universo da subjectividade e da idiosincrasia, logo declarado inválido para a construção de conhecimento.

Porém, a tessitura sensorial da ordem social remete para um outro aspecto, também focado por Classen (1993), designadamente que a participação dos indivíduos nas redes de socialidade, pressupõe a adopção da ordem sensorial naturalizada. Com o conceito de “técnicas do corpo” Mauss (2003: 407) assinalou como as molduras culturais animam os usos do corpo, entendido este, pelo autor, como “o primeiro e o mais natural instrumento do homem” (Mauss, 2003: 407), desvendando, assim, as âncoras sociais que enformam a construção da corporalidade. Neste sentido, não apenas os sentidos reflectem processos sociais, mas também o modo como os primeiros são corporalizados intervém como elemento constitutivo dos segundos.

Viu-se que, apesar da perda de sensibilidade táctil, os ex-doentes possuem uma percepção fina do uso do tacto na interacção social, num tipo de intensificação sensorial na orla do que foi descrito por Leder (1990: 71) para processos de “dys-appearance”. A ampliação da percepção ao toque com a perda simultânea da sensibilidade táctil, inviabiliza

---

<sup>53</sup> Note-se que a classificação aristotélica de cinco sentidos não é mais tida como uma evidência. Nomeadamente um dos sentidos que se desdobra, e que força a uma consideração mais detalhada dos modos de percepção sensorial que lhes estão associados, é o tacto (Goldstein, 1980: 411): “O toque é apenas uma das percepções que experimentamos através da pele. Para além do toque, a estimulação da pele pode causar a percepção de pressão, dor, comichão, calor, frio, cócegas e vibração. A grande diversidade de percepções possíveis através da pele, conduziu à sugestão de que existem outros sentidos além da visão, audição, olfacto, gosto e tacto.”

uma concepção natural e determinista dos sentidos, situando-os, em torno, no seio da socialidade humana. Viu-se, também, que na experiência dos ex-doentes o tacto configura um idioma relacional que exprime o fluxo dinâmico do confronto entre a inclusão e a exclusão na dimensão quotidiana, para além das fronteiras que contém a comunicação verbal. Convertidos em sujeitos intocáveis pelo medo social do contágio, é no toque e pelo toque que os ex-doentes identificam a horizontalidade ou a verticalidade das relações sociais de que participam. Isto força a considerar modos de intercorporalidade, ou seja, espaços intersticiais em que as relações sociais se depositam e se transformam nos e entre os corpos.

Leder (ver 1990: 96), reflectindo sobre os terrenos fenomenológicos da intersubjectividade, propõe estender o conceito de “dys-appearance” à socialidade humana, localizando o processo de tematização dirigido ao *self* e ao corpo, na incorporação de um olhar objectificante lançado pelo Outro, que recusa uma espécie de transcendência partilhada. A sua proposta ilumina esse momento de comunicação em que o encontro entre o Mesmo e o Outro aleita o sentido. Contudo Leder (1990) reitera uma epistemologia visualista na descrição desse encontro. Na verdade, a epistemologia visualista ocidental tende a limitar as narrativas acerca da somatização da classificação social a uma dimensão apreensível pelo olhar.

Com efeito, a experiência dos ex-doentes de lepra corrobora a ideia de um olhar que postula a hierarquização da diferença, traindo a possibilidade de reciprocidade. Todavia, se o olhar discrimina é o gesto que substancia a discriminação e, sobretudo, é através do gesto que o encontro com o Outro é susceptível de ser transformado numa “experiência de reconhecimento” (Santos, 2002: 260)<sup>54</sup> e de mutualidade. A experiência dos ex-doentes de lepra permite, portanto, assinalar como a violência do discurso tem uma inscrição corporal e que o repúdio, ou mesmo a negação de humanidade ao Outro, se substancia numa relação materialmente ancorada entre corpos, irreduzível ao que a linguagem dela possa transmitir. Esta constatação induz a reconsiderar o tacto, tendencialmente o menos valorizado dos sentidos numa epistemologia de inspiração cartesiana, como um elemento de regulação e de transformação social.

Como explica Lakoff (ver 1987: 265-266), os processos de classificação não se reduzem a uma experiência visual, pelo contrário os mapas cognitivos têm uma forte ancoragem sensorial e emergem na interacção com o mundo, naquilo que descreve como um “realismo

---

<sup>54</sup> Emprego aqui o conceito no sentido do diálogo entre grupos sociais com experiências diversas.

experiencial”.<sup>55</sup> Nesta perspectiva, a equação da classificação social com processos de ordenação visual merece ser ampliada aos outros universos sensoriais. Ora, o que a experiência dos ex-doentes nos mostra é que a composição das relações sociais é urdida, também, numa experiência táctil entre corpos.

O tacto é um sentido que ao pôr em relação, põe, simultaneamente, em contacto. Pelo que, implica uma proximidade e um envolvimento entre ambos os termos, convergindo numa síntese entre o sujeito e o objecto. Isso mesmo demonstra Classen (ver 1993: 58) na sua apreciação do emprego de termos derivados da experiência táctil e cinestésica para representar estados mentais que, ao contrário das metáforas visualistas, pendem para uma apreciação da substância, e não da aparência, do objecto em foco. Como explica Ackerman (1990: 109): “...acima de tudo, o tacto ensina-nos que a vida tem profundidade e contornos; dá-nos uma noção tridimensional do mundo e de nós próprios.”

Por outro lado, o tacto (alojado naquele que é o maior órgão do corpo humano, e que garante o seu revestimento externo: a pele) desempenha um papel fundamental no desenvolvimento da percepção e na gestão incorporada das fronteiras empíricas (ao que acrescento simbólicas e políticas) entre o Mesmo e o Outro (Ackerman, 1990: 92-93):

“Nos fetos, o tacto é o primeiro sentido a desenvolver-se e nos recém-nascidos é automático antes de os olhos se abrirem ou de o bebé principiar a entender o mundo. Pouco depois de nascermos, embora sem vermos nem falarmos, instintivamente começamos a palpar. Os corpúsculos do tacto que existem na língua tornam a amamentação possível, os mecanismos que nos levam a agarrar, existentes nas mãos, começam a procurar tocar o que é quente. Entre outras coisas, o tacto ensina-nos a diferença entre o *eu* e o *outro*, que pode haver outra pessoa para além de nós próprios, a mãe.”

Inequivocamente, o tacto é um sentido que pode ser, igualmente, usado como um instrumento para o exercício da violência. Ora, também nesse caso, muito embora possa ser praticado de modo unidireccional, implica um envolvimento e uma síntese, ainda que momentâneos, entre o sujeito e o objecto da agressão. Em torno, a absoluta negação do tacto significa uma forma de antítese extrema, na asserção de uma diferença incomensurável, investida por ideias de contaminação.

---

<sup>55</sup> Sobre a importância do sistema sensorio-motor na produção dos conceitos com que classificamos o mundo ver Lakoff e Johnson (1999).



O que está aqui em causa é, pois, uma lógica dialéctica, que converte as fronteiras do corpo em lugares de uma comunicação que transborda os limites dos universos linguísticos, e que articula e efectiva as teias emocionais que ligam ou separam os sujeitos em relação. Ademais, o corolário do tacto é uma porosidade entre sujeitos, no caso de experiências de reciprocidade, e entre sujeito e objecto, no caso de experiências de violência. Neste sentido, o próprio corpo é susceptível de se tornar numa “zona de contacto” (Santos, 2002: 268-269). Irremediável parece ser, portanto, a transformação dos corpos, pelo tacto, em espaços de uma comunicação que turva a idiosincrasia de cada um.

Por conseguinte, a positividade ou a negatividade atribuídas ao toque, substancia a classificação e a hierarquização social, efectivando quer a reciprocidade, quer a denegação entre sujeitos. O toque, enquanto experiência de retribuição, implica um reconhecimento mútuo. Ao contrário, a ideia de um toque que contamina, ascende da inscrição da inferioridade no Outro. No mesmo sentido, o emprego do toque como instrumento de dominação e de violência, alia-se a uma inumanização do Outro como objecto (Scarry, 1985).

Em verdade, a presença do tacto na constituição das redes de sociabilidade humana é de tal forma nuclear que, tal como o corpo no movimento da experiência (Leder, 1990), tende a converter-se numa transparência e a ser alienado para os territórios da naturalização.

Em torno, a singularidade da experiência dos ex-doentes de lepra permite expandir o entendimento do enraizamento sensorial dos processos de classificação social e de nutrição das relações sociais, ao sinalizar *o tacto como um mecanismo que sintetiza e que substancia quer a segregação quer a mutualidade*. Como tal, uma apreciação fenomenológica das relações sociais aponta os contornos do corpo como um terreno onde são cultivadas tanto experiências de rejeição quanto de reconhecimento. O tacto, insinuando-se como um elemento estruturante no estabelecimento das relações sociais, emerge como o sentido que transforma os contornos dos corpos em meios de comunicação, em zonas de porosidade entre o Mesmo e o Outro.



## **Conclusão: a lepra nas dobras do tempo**

No dia anterior, conheci ao jantar, um casal que está hospedado numa das casas do núcleo da reabilitação. A senhora, que acompanha o marido que veio para o CMRRC-RP fazer fisioterapia devido a um acidente cardiovascular, convidou-me para ir visitar a casa onde estão hospedados. Fomos depois de almoço. Enquanto caminhávamos, perguntei-lhe se sabia para o que tinha sido construído o Hospital. Percebi que se sentia pouco à-vontade para falar nisso. Disse que sim e não adiantou mais nada. Eu fui falando e dizendo as terríveis palavras. Perguntei-lhe se já tinha visto algum ex-doente de lepra. Respondeu que vira quando deram entrada no CMRRC-RP e que ficara muito surpreendida porque não sabia que “essa doença ainda existia”. Eu disse-lhe que os utentes do Serviço de Hansen estavam curados. Ela disse que já o sabia, uma vez que perguntara a uma enfermeira se eles eram contagiosos e quais os cuidados que deveria ter. Perguntei-lhe se tivera medo. Respondeu, entre murmúrios, que não, dado os utentes do Serviço de Hansen estarem curados, e voltou a referir que julgava que “essa doença já não existia”.

(Excerto do Diário de Campo)

Este episódio, decorrido no curso da pesquisa etnográfica no antigo Hospital-Colónia Rovisco Pais, espelha o lugar da lepra na imaginação pública contemporânea, sendo esse o de uma doença considerada erradicada, e cujo assomo incita o retorno do medo atávico das pessoas enfermas de lepra.

Perante o obscurecimento da história recente da lepra na modernidade ocidental, aliado a uma persistência de imagens de poluição, inscritas nesta enfermidade e nas pessoas que dela padecem, emanou a necessidade de uma interpelação crítica do processo de medicalização da lepra.

Propus-me, assim, desfilar os filamentos que urdem a representação da lepra na modernidade ocidental, escorando a demanda analítica e empírica no período histórico da leprosaria moderna, que foi erguida e derribada, entre os finais do século XIX e a segunda metade do século XX, desdobrando essa inquirição num questionamento sobre o lugar das pessoas enfermas de lepra nos territórios sociais, epistemológicos e políticos da modernidade ocidental. Pelo que, me propus, igualmente, iluminar a experiência, tendencialmente velada e silenciada, das pessoas cujas vidas foram desenhadas pela lepra. Diante da aporia entre a representação e a experiência da lepra, procurei dirigir, então, o escopo da pesquisa para os trânsitos entre ambas.

A destriça dos elementos que compuseram o processo de medicalização da lepra, encetado após a descoberta do seu agente etiológico, o *Mycobacterium leprae*, em 1873, levou-me a concluir que a escultura biomédica da lepra, nos alvares da leprologia moderna, agregou significados com origens remotas e heterogêneas, transportando para a modernidade o espectro do *leproso* que desenha sujeitos *naturalmente* excluídos.

A transmutação da imputação bíblica e medieval de uma impureza moral nas pessoas enfermas de lepra, na adscrição moderna de uma impureza patogénica às mesmas, emergiu na profunda metamorfose social, política e científica que galopava nas sociedades europeias do século XIX. No altear da representação de uma impureza patogénica, enlaçada nas ideias de pobreza, ignorância e anomia, identifiquei o braço do higienismo moderno, na sua ordenação biopolítica de sociedades que se imaginavam numa marcha ininterrupta em direcção ao progresso, em aliança com o músculo do colonialismo, que dotava essa marcha com a cadência na separação. Ao veicularem uma ética de pureza que fundia a biologia com a moral, o higienismo e o colonialismo endossavam uma ideologia que identificava a lepra com a desordem do atraso civilizacional, auferindo, em simultâneo, um modelo de cartografia e de isolamento institucional dos doentes de lepra.

Em sentido idêntico, a associação da teoria microbiana (que descrevia a presença de inimigos invisíveis na pele), com o substrato metafórico historicamente cunhado nesta doença (cuja imagem matricial desenhava o toque do *leproso* como impuro e contaminante), preencheu o silêncio das perguntas, articuladas pela moderna leprologia, que se obstavam a respostas empíricas, produzindo um modelo etiológico e nosológico da lepra que a gizava como uma doença propagável através do contacto físico e, para a qual, dada a inexistência de tratamento, a única profilaxia era a contenção daqueles que, por sua vez, a continham nos seus corpos, por via da sua segregação disciplinar na leprosaria moderna.

Por conseguinte, a cisão discursiva da leprologia moderna com o legado bíblico e medieval (que dotava de robustez a consolidação paradigmática da disciplina e acrescia de autoridade a jurisdição biomédica sobre o universo da lepra), ocultava uma continuidade simbólica, que iterava uma metonímia do *leproso* como um vector de impureza, potencialmente perigoso para a preservação do bem público, e, que, como tal, imperava ser apartado do espaço social são, terminando, deste modo, por reedificar o temor social da lepra e por reificar o estigma como ontologia do doente de lepra.

Neste sentido, a paradoxal sutura da visibilização de uma enfermidade, em resultado de um processo classificatório (urdido, neste caso, no interior de uma moldura hermenêutica científica, com todos os corolários disciplinares e normativos que acarreta), com a

invisibilização das pessoas por ela assoladas, dado os postulados que informavam a classificação produzida (no sentido de uma erradicação total da lepra que rejeitava qualquer premissa de inclusão dos corpos enfermos no espaço público), teceu a ocultação dos doentes de lepra na obscuridade das margens, num processo de fabrico de “ausência” (Santos, 2002: 246-247).

A lepra, incorporando, agora, o moderno pecado do atraso, permanecia, inelutavelmente, associada a um Outro. Simbolizando a anomia e a impureza, emergiu como uma *doença residual de atraso civilizacional*, que a modernidade anelava expurgar de si, e cuja classificação convertia os enfermos em sujeitos *exilados da história*.

Tendo isso em vista, defendi que a lepra oferece um terreno analítico que permite distinguir o que designei por *doenças residuais*, tomando como referência a noção inversa de doenças emergentes (Farmer, 1998). Nesta acepção, as *doenças residuais* tendem a ser objecto de uma inscrição simbólica no passado, que tem como corolário principal a invisibilização dos indivíduos que delas padecem nas malhas excluídas e esquecidas da tessitura social. Valerá a pena indagar, na esteira de pesquisas em torno da produção de conhecimento biomédico sobre as doenças emergentes (Bastos, 2002), qual o tipo de investimento político e científico na investigação biomédica e farmacêutica actual dedicada a doenças consideradas meramente residuais.

Ora, foi, precisamente, a representação da lepra como uma *doença residual* que motivou a descrição desta enfermidade, em Portugal, como uma mancha que maculava a paisagem identitária nacional. Portugal, ambivalente no seu lugar semiperiférico (Santos, 1994 e 2001) entre os países europeus, via a baixa incidência da lepra insuflada pela densidade do embaraço que a sua prevalência insurgia numa nação que se imaginava civilizada e, sobretudo, como uma potência imperial.

Assim, perante a ignomínia do atraso na erradicação da lepra, a medicina social de Fernando Bissaya Barreto instigou a edificação de um modelo centralizado, cujo pendore científico estava em acordo com a leprologia praticada nos países centrais, e que desembocou na construção do Hospital-Colónia Rovisco Pais. As dimensões e o progressismo científico desta leprosaria, sendo singulares no contexto nacional à época, incutiam o louvor de uma nação que se apresentava, doravante, como dianteira no combate à lepra. Por outro lado, o modelo subjacente ao Hospital-Colónia Rovisco Pais vinculava um declive biopolítico (invulgar num país com um Estado Providência e intervenção higienista débeis) a uma regeneração moral do tecido social, conforme à ideologia paternalista do Estado Novo. Alçado segundo uma legislação anti-contagionista e proibicionista, decretava o internamento

compulsivo dos doentes de lepra contagiosos. O atalhar da cidadania destas pessoas era suscitado pelo contágio, que esboroava as fronteiras do corpo individual, instigando a edificação social das mesmas. A defesa do interesse colectivo legitimava a sua sobreposição à autonomia individual, numa tensão agonística entre cidadania e bem público, que pendia em favor da segunda, configurando o diagnóstico de lepra numa acusação que assaltava os direitos civis dos indivíduos infectados.

A lepra era, então, associada às camadas rurais e mais carenciadas da população portuguesa, impulsionando um projecto de regeneração, ao mesmo tempo física e moral, das mesmas. Projecto este, que estava em sincronia com uma ambição mais lata de regulação política do espaço público, imbricando o poder disciplinar com o poder jurídico, e forjando, assim, uma medicina autoritária, legitimada pela conexão entre a ideia de contágio e o reduzido capital económico e político dos grupos sociais a que dizia respeito. Neste sentido, a lepra oferecia-se como um limiar, do qual emergia a ordenação higienista e moral do corpo social, com a contenção simultânea, no espaço ocluso da leprosaria, daqueles que se afiguravam como uma ameaça à ordem pública. Entre a *criação* e a *destruição do mundo*, a lepra, esculpida na acção da biomedicina em aliança com o braço jurídico do Estado, animava cursos antagónicos no corpo social e no corpo-próprio.

Não obstante, as fronteiras sociais e disciplinares, erguidas entre as pessoas enfermas de lepra e o espaço público, configuraram espaços intersticiais. Assim, por detrás da opacidade, nutrida pela metaforização pejorativa da lepra e pela ocultação disciplinar na leprosaria moderna, estas pessoas desenvolveram uma agência subalterna que desafia concepções dicotómicas de poder e de resistência, apontando, antes, terrenos de permeabilidade mútua, lavrados num entalhamento contingente de intencionalidades distintas, como o demonstra a apropriação antinómica, desdobrada no passado e no presente, do modelo biomédico pelos ex-doentes de lepra, ou o cunho que a acção dos últimos no interior do Hospital-Colónia Rovisco Pais foi embutindo no mesmo. Por conseguinte, no curso das suas vidas, estas pessoas refutaram o mito de uma “morte em vida” adscrito à lepra.

Na verdade, os ex-doentes do Serviço de Hansen têm habitado uma contingência social que, muito embora os tenha ocluso do espaço público, não exauriu a sua agência histórica. Em sentido idêntico, apesar do reconhecimento da presença perene do estigma na orla da sua identidade pública, os ex-doentes de lepra denegam uma identificação fenomenológica com as imagens de poluição e de inferioridade que lhes são adscritas. Por um lado, distinguindo o estigma do processo social de estigmatização, identificando o primeiro com as sequelas da lepra mas imputando o ónus do segundo ao Outro. Por outro lado, a experiência dos ex-

doentes de lepra, desafiando o essencialismo de molduras analíticas que vinculam a voz e a agência a formulações discursivas afirmativas e intencionalmente visíveis, iluminou campos de práticas e de subjectividade que subvertem o silêncio e a ocultação, gerados por relações de poder assimétricas, ao convertê-los em estratégias transgressoras de sobrevivência social.

Propus, assim, que a relação dos ex-doentes de lepra com a identidade pública de sujeitos estigmatizados e *exilados da história*, que neles é cravada, fosse pensada com apelo à ideia de máscara, procurando, com isso, dar conta da variabilidade e da ambivalência dos processos, encetados pelos próprios, de ocultação e de revelação do seu historial de lepra.

Na verdade, os seus testemunhos permitiram desvendar momentos nos quais o véu da opacidade representacional e disciplinar que produziu uma homogeneização metonímica das suas identidades sob o traço estigmatizante da lepra, foi envergado pelos próprios como uma máscara, facultando um trânsito, desagrilhoado do fardo da opressão simbólica, por diversos espaços sociais. Por um lado, através do uso do segredo que permitia, ao ocultar o historial clínico da lepra, um encobrimento do traço totalizante do estigma, com uma manifestação concomitante de aspectos plurais das suas identidades e dos seus *selves*, que nada tinham que ver com a lepra. Por outro lado, e em sentido contrário, por via de uma revelação afirmativa desse mesmo historial clínico, visando a reivindicação política de direitos de assistência, devidos pelo internamento compulsivo no passado.

Pude, assim, concluir que o silenciamento da intencionalidade dos ex-doentes de lepra no espaço público não é análogo à sua anulação. Esta constatação apela a uma distinção mais fina entre as estratégias de representação que omitem a voz do sujeito subalterno e o mutismo efectivo do último, como, aliás, Spivak (1999) veio a conceder na revisão da sua resposta negativa à interrogação que lançara sobre a possibilidade de um discurso subalterno. O que a experiência dos ex-doentes de lepra revela é a sua apropriação dos mesmos mecanismos de silenciamento e de invisibilização que os subalternizaram, como estratégias de sobrevivência e de trânsito sociais. Sugeri, assim, que se considerasse o movimento de transgressão que transmuta o véu da exclusão numa máscara de emancipação.

Nos interstícios desfraldou-se, também, a singularidade da experiência de uma doença infecto-contagiosa, considerada propagável pelo toque.<sup>56</sup> Assim, em concomitância com a especificidade do diagnóstico de uma doença transmissível, que configura uma tensão dialéctica entre o interesse colectivo e o interesse individual, emergiu a particularidade de um

---

<sup>56</sup> Apesar da sua refutação científica actual, esta imagem persiste (Pedley, 1972), perpetuando a condição inumana do *leproso* como sujeito *intocável*.

universo fenomenológico, que sugere um enlace intersubjectivo com o Outro, iluminando espaços de intercorporalidade.

Defendi, então, que, numa fenomenologia da lepra, o “ser no mundo” Merleau-Ponty (1999: 9) encontra no Outro um nexos, que matiza os recursos emocionais e afectivos accionados no fluxo da experiência. Defendi, também, que a experiência dos ex-doentes de lepra, dada a particularidade da sua condição existencial e identitária, nutrida pelo habitar de um corpo socialmente construído como intocável, exorta uma ampliação epistemológica, ao expandir uma concepção discursiva e visualista da classificação social, indicando *o tacto como um mecanismo que sintetiza e que substancia quer a segregação quer a mutualidade*. No universo fenomenológico da lepra, o tacto emerge, claramente, como o sentido que transforma os contornos dos corpos em meios de comunicação, esculpindo o próprio corpo como uma “zona de contacto” (Santos, 2002: 268-269), ou seja, como um terreno de porosidade entre o Mesmo e o Outro.

Finalmente, importa sublinhar como a interpelação crítica do processo de medicalização da lepra permitiu desvelar os filamentos que, embora invisibilizados pela retórica positivista da ciência moderna, emparelham a construção de uma nosologia pela biomedicina aos significados morais embutidos histórica, política e socialmente na enfermidade que descreve, contrariando a antinomia, aventada por Sontag (1991), entre a medicalização e a moralização das doenças. Se a metaforização de uma dada enfermidade pode sofrer diversas metamorfoses históricas, o cunho da sua representação social é, sempre, determinante para a modelação das respostas públicas e científicas à mesma. A história moderna da lepra desvenda, precisamente, como a heterogeneidade dos modelos hermenêuticos que lhe foram historicamente aplicados, confluíram na gestação de uma mesma dinâmica representacional que condicionou, por sua vez, o tipo de acção biopolítica accionada para o combate a esta enfermidade.

Em suma, a lepra assomou, em diversos períodos históricos, mais do que como uma enfermidade, sobretudo, como uma *ideia*, questionando o óculo redutor da biomedicina que postula e descreve a “doença” como um fenómeno estritamente confinado ao organismo humano. Como concluiu Maciel (2004: 124), a partir do exame da história moderna da lepra no Brasil:

“... nem as doenças são apenas um conjunto de sinais e sintomas físicos, nem as políticas de saúde são um resultado unívoco de como o Estado reage a elas. São, sim, aspectos plurais, historicamente determinados, produtos de diversas intermediações, tais como estruturas sociais, campos de saber e identidades individuais ou colectivas.”



Enquanto *ideia*, a lepra emergiu, na modernidade ocidental, como um marcador que assinala as fronteiras entre o Mesmo e o Outro. Nesse sentido, a história moderna da lepra instiga a um aprofundamento inquisitivo da associação pública de determinadas enfermidades com grupos sociais específicos, e das decorrentes práticas biopolíticas que lhes são dirigidas.

Na verdade, se, como defendi, a lepra foi metaforizada na modernidade ocidental como uma *doença residual*, o regresso do seu espectro às sociedades metropolitanas do século XIX insuflou o alarme público perante a sua incidência, demonstrando, por um lado, como doenças consideradas erradicadas podem retornar do passado do qual se julgavam ser pertença e, por outro lado, como a fronteira entre uma *doença residual* e uma doença reemergente pode ser fina e mutável. As enfermidades revelam-se, logo, objectos dinâmicos, susceptíveis de criar dobras no tempo, passíveis de reproduzir processos epidemiológicos, ideológicos, epistémicos e políticos anacrónicos. Pelo que, a história moderna da lepra figura, também, hoje, como uma alegoria, não mais dos assombros bíblicos e medievais de uma punição divina, mas da implementação de práticas médicas autoritárias, legitimadas pelo conexão entre a ideia naturalizada de contágio e a circunscrição de grupos sociais subalternos, gizando um nexo de impureza simbólica que configura os últimos em alvos de temor social e de regulação disciplinar.

Com efeito, a alegoria espectral do *fardo do leprologista em sua missão higienista*, principia a insinuar-se nesse “regresso do colonizado” (Santos, 2007: 12-14) às sociedades centrais, sob a forma da reemergência de doenças consideradas erradicadas no Norte, embora endémicas no Sul, de que a tuberculose é ilustração exemplar, como demonstra o retorno ao debate público, em Portugal, da discussão sobre a necessidade de reinstalar medidas de internamento compulsivo, para os casos de abandono da toma de medicação.<sup>57</sup> Vale a pena referir, também, como na década de 1990, refugiados do Haiti que buscavam exílio nos Estados Unidos da América, foram mantidos aprisionados na base naval norte-americana de Guantánamo, devido ao facto de serem portadores do vírus da SIDA. Essa quarentena forçada, sob condições de extrema desumanidade, durou cerca de dois anos (ver Farmer, 2005: 51- 69). Em condições sanitárias e médicas claramente superiores, mas ainda segundo medidas de internamento obrigatório, o programa cubano de combate ao HIV-SIDA, preconizou, até meados de 1993, a segregação dos enfermos em sanatórios, o primeiro dos

---

<sup>57</sup> Em 2006, esta questão foi debatida pela Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Joaquim Urbano, considerando-se a pertinência do internamento compulsivo para casos de pacientes com tuberculose multirresistente que abandonem o tratamento.

Ver: [http://dn.sapo.pt/2006/03/24/sociedade/internamento\\_compulsivo\\_lei\\_propria.html](http://dn.sapo.pt/2006/03/24/sociedade/internamento_compulsivo_lei_propria.html).

quais, o sanatório de Santiago de las Vegas localizando-se, curiosamente, junto a uma antiga leprosaria (ver Farmer, 2005: 69-74). Como atestam os casos mencionados, a segregação disciplinar, como mecanismo de uma profilaxia autoritária, não é um mero artefacto residual do passado.

Hoje, a gesta de expulsar a lepra dos territórios da modernidade, expele aqueles que sofreram um exílio sanitário na leprosaria moderna, para essas “dobras ocultas e labirínticas” (Vecchi, 2003: 189) encobertas na construção da memória pública, cuja escultura tem assento na celebração de espaços de visibilidade com a obliteração contígua de espaços silenciados. A importância vital do resgate ao esquecimento público, da memória do exílio disciplinar na leprosaria moderna, decorre da premência de uma vigilância ética, que evite dobras no tempo, que importem para o presente práticas biomédicas autoritárias, normalmente endereçadas a populações e a grupos sociais periféricos e subalternos.

Para a articulação pública da história do exílio sanitário na leprosaria moderna, não tem sido alheia a acção dos ex-doentes de lepra, que reivindicam, hoje, uma ratificação política do internamento compulsivo como um exercício de violência, do qual demandam ser ressarcidos. Note-se que não é contra a regulação sanitária que as suas vozes se levantam, mas sim contra a violência de práticas biopolíticas que negam o garante da dignidade humana às pessoas classificadas como vectores de uma doença infecto-contagiosa. No decurso deste alerta, o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN), no Brasil, conquistou, em 2007, o estatuto de “exilados sanitários” para os ex-doentes de lepra compulsivamente internados nas leprosarias brasileiras, com o auferimento de uma pensão vitalícia, no lastro de um processo indemnizatório similar, levado a cabo no Japão.<sup>58</sup> Por conseguinte, a experiência dos ex-doentes de lepra, longe de figurar como vestígio delével de uma *doença residual*, constitui um dispositivo valioso para uma vigilância ética das práticas biomédicas e políticas de vigilância sanitária do corpo social.

Em suma, é fulcral descerrar os véus que tecem a *inumanização* das pessoas acometidas por doenças socialmente percebidas através de imagens sombrias de contágio e de temor. Na verdade, a transparência do toque, enquanto gesto de reconhecimento mútuo, esfuma os estereótipos, iterativamente, cravados nos doentes de lepra, iluminando as sombras silenciosas das margens como espaços intersticiais pulsantes de sentido e de práticas, habitadas por “pessoas como as outras”, que é, enfim, o modo ao qual as mulheres e homens que residem no Serviço de Hansen do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais

---

<sup>58</sup> Ver o Portal Nacional de Tecnologia Assistiva do Ministério da Ciência e Tecnologia do Governo Federal do Brasil: <http://www.assistiva.org.br/ta.php?mdl=jornal&arq=exibir&id=123>.

apelam ser lembrados. É aí, nesse espaço intersticial e intersubjectivo, que a opacidade, embutida nas pessoas cujos corpos e vidas foram desenhados pela lepra, se liquefaz, ante a transparência do toque.



## Bibliografia

- Ackerman, D. 1990. *Uma história natural dos sentidos*. Lisboa, Temas e Debates.
- Adam, P.; Herzlich, C. 2003. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. France, Éditions Nathan.
- Araújo, H. C. S. 1956. *História da lepra no Brasil*, v. III. Rio de Janeiro, Departamento de Imprensa Nacional.
- Awofeso, N. 2005. Concept and impact of stigma on discrimination against leprosy sufferers – minimizing the harm. *In: Leprosy Review*, 76: 101-102.
- Bandeirinha, J. A. O. 1996. *Quinas vivas*. Porto, Publicações da Faculdade de Arquitectura do Porto.
- Barbosa, A. 1971. Relatório das actividades clínicas do Hospital-Colónia Rovisco Pais em 1970. *In: Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, X (1): 3- 54.
- Barnes, C.; Oliver, M.; Barton, L. 2002. Introduction. *In: Barnes, C.; Oliver, M.; Barton, L. (eds.) Disability studies today*. Cambridge, Polity Press: 1- 17.
- Barrel, J. 1991. *The infection of Thomas de Quincey: a psychopathology of imperialism*. London, Yale University Press.
- Barret, R. 2005. Self-mortification and the stigma of leprosy in Northern India. *In: Medical Anthropology Quarterly*, 19 (2): 216-230.
- Barreto, F. B. 1936. Medicina social: necessidade e urgência da sua organização em Portugal. *In: A Saúde*, VI: 4-7.
- Barreto, F. B. 1938a. Acudamos aos leprosos: a lepra, o mal sujo e imundo dos antigos. *In: A Saúde*, VIII: 3-5.
- Barreto, F. B. 1938b. Acudamos aos leprosos: a lepra, o mal sujo e imundo dos antigos. *In: A Saúde*, VIII: 3-4.
- Barreto, F. B. 1938c. Acudamos aos leprosos: a lepra, o mal sujo e imundo dos antigos. *In: A Saúde*, VIII: 4-5.
- Barreto, F. B. 1938d. A Revolução Nacional ao serviço dos trabalhadores. *In: A Saúde*, VIII: 3-4.
- Barreto, F. B. 1938e. A Revolução Nacional ao serviço dos trabalhadores. *In: A Saúde*, VIII: 7.
- Barreto, F. B. 1939. Relatório Junta Geral do Distrito de Coimbra. *In: A Saúde*, IX: 11-13.
- Barreto, F. B. 1940. Relatório Junta Geral do Distrito de Coimbra. *In: A Saúde*, X: 16-18.

- Barreto, F. B. 1942. Relatório Junta Geral do Distrito de Coimbra. In: *A Saúde*, XII: 10-17.
- Barreto, F. B. 1949. Leprosaria nacional Rovisco Pais. In: Comissão executiva da exposição de obras públicas (org.) *Quinze anos de obras públicas (1932-1947), Vol. I: Livro de ouro*. Lisboa, Comissão executiva da exposição de obras públicas: 88-98.
- Barreto, F. B. 1967. O serviço social na luta contra a lepra. In: *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, 6 (2): 17-32.
- Bastos, C. 1997. A pesquisa médica, a SIDA e as clivagens da ordem mundial: uma proposta de antropologia da ciência. In: *Análise Social*, XXXII (140): 75-111.
- Bastos, C. 2002. *Ciência, poder, acção: as respostas à Sida*. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Bastos, C. 2003. Um luso-tropicalismo às avessas: colonialismo científico, aclimação e pureza racial em Germano Correia. In: Ribeiro, M. C.; Ferreira, A. P. (orgs.) *Fantasmata e fantasias imperiais no imaginário português contemporâneo*. Porto, Campo das Letras: 227-253.
- Bastos, S. P. 1997. *O Estado Novo e os seus vadios: contribuição para o estudo das identidades marginais e da sua repressão*. Lisboa, Publicações Dom Quixote.
- Benchimol, J. L.; Romero S. M. 2003. Adolpho Lutz e as controvérsias sobre a transmissão da lepra por mosquitos. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 10 (1): 49-93.
- Bernabeu, J.; Balester, T. 2004. Disease as a metaphorical resource: the Fontilles philanthropic initiative in the fight against leprosy, 1901-1932. In: *Social History of Medicine*, 17 (3): 409-421.
- Bérniac, F. 1985. O medo da lepra. In: Le Goff, J. (ed.) *As doenças têm história*. Lisboa, Terramar: 127-145.
- Bhabha, H. K. 2005a. *O local da cultura*. Belo Horizonte, Editora UFMG.
- Bhabha, H. K. 2005b. A questão outra: estereótipo, discriminação e o discurso do colonialismo. In: Sanches, M. R. (org.) *Deslocalizar a “Europa”: antropologia, arte, literatura e história na pós-colonialidade*. Lisboa, Edições Cotovia: 143-166.
- Bíblia Sagrada*. 1974. Lisboa, Sociedades Bíblicas Unidas.
- Bourdieu, P. 1990. *The logic of practice*. Cambridge: Polity Press.
- Brandt, A. M.; Sloane, D. C. 1999. Of beds and benches: building the modern American hospital. In: Galison, P.; Thompson, E. (eds.) *The architecture of science*. London, The MIT Press: 281-305.
- Bruner, E. M. 1986a. Experience and its expressions. In: Turner, V.; Bruner, E. M. (eds.) *The anthropology of experience*. Illinois, Illinois University Press: 3-30

- Bruner, E. M. 1986b. Ethnography as narrative. In: Turner, V.; Bruner, E. M. (eds.) *The anthropology of experience*. Illinois, Illinois University Press: 139-155
- Buckingham, J. 2002. *Leprosy in colonial south India: medicine and confinement*. New York, Palgrave.
- Cabral, M. V.; Silva, P. A.; Mendes, H. (coords.) 2002. *Saúde e doença em Portugal*. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Campos, A. 1990 [1917]. Ultimatum. In: Porfírio, C. F. (ed.) *Portugal futurista* [edição facsimilada]. Lisboa, Contexto Editora: 30-32.
- Carapinheiro, G. 1993. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto, Afrontamento.
- Carvalho, H. A. D. 1892. *Climatologia e colonização: modo prático de fazer colonisar com vantagem as terras de Angola*. Lisboa, Typographia do Jornal Colónias Portuguezas.
- Carvalho, A. S. 1932. *História da lepra em Portugal*. Porto, Oficinas Gráficas da Sociedade de Papelaria, L.<sup>da</sup>.
- Carvalho, A.; Mouro, H. 1987. *Serviço social no Estado Novo*. Coimbra, Centelha.
- Classen, C. 1993. *Worlds of sense: exploring the senses in history and across cultures*. London, Routledge.
- Clifford, J. 1986a. Introduction: partial truths. In: Clifford, J.; Marcus, G. E. (eds.) *Writing culture: the poetics and politics of ethnography*. Berkeley, University of California Press: 1-26.
- Clifford, J. 1986b. On ethnographic allegory. In: Clifford, J.; Marcus, G. E. (eds.) *Writing culture: the poetics and politics of ethnography*. Berkeley, University of California Press: 98-121.
- Conrad, P. 1992. Medicalization and social control. In: *Annual Review of Sociology*. 18: 209-32.
- Correia, A. A. M. 1940. *Da raça e do espírito*. Porto, Faculdade de Ciências da Universidade do Porto.
- Correia, A. A. M. 1954. *Antropologia e história*. Porto, Faculdade de Ciências da Universidade do Porto.
- Coutinho, B. S. 2001. *Carlos Ramos (1897-1969): obra, pensamento e acção. A procura do compromisso entre o modernismo e a tradição*. Lisboa, Dissertação de Mestrado em História da Arte Contemporânea, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa.
- Covey, H. C. 2001. People with leprosy (Hansen's disease) during the Middle Ages. In: *The Social Science Journals*, 38 (2): 315-321.

- Cruz, A. 2003/2004. Terrenos incertos: antropologia e consciência. *In: Antropologia Portuguesa*, 20/21: 109-13.
- Cruz, A. 2006. A inconformidade dos corpos e a doença no espaço público. *In: Cabo dos Trabalhos, Revista Electrónica dos Programas de Doutoramento do CES*. <http://cabodostrabalhos.ces.uc.pt/n2/index.php> [Acedido em 01-12-2007].
- Csordas, T. J. 1990. Embodiment as a paradigm for anthropology. *In: Ethos*, 18: 5-47.
- Cule, J. 2002. The stigma of leprosy: its historical origins and consequences with particular reference to the laws of wales. *In: Roberts, C. A.; Lewis M. E.; Manchester K. (eds.) The past and present of leprosy: archaeological, historical, paleopathological and clinical approaches: proceedings of the international congress on the evolution and paleoepidemiology of the infectious diseases 3 (ICEPID)*. Oxford, Bar: 149-23.
- Dennett, D. C. 1992. The Self as a center of narrative gravity. *In: Cole, P. M. ; Johnson D. L. ; Kessel F. S. (eds.) Self and consciousness: multiple perspectives*. London, Lawrence Erlbaum Associates. <http://www.artsci.wustl.edu/~philos/MindDict/> [Acedido em 01-05-2003].
- Descartes, R. 1938. *Discours de la méthode*. Paris, Librairie Philosophique J. Vrin.
- Diallo, M. 2007. People from different backgrounds write different histories: an essay on historiography (Britain and India). *In: African and Asian Studies*, 6: 155-172.
- Diário da República*. 1976. I série, nº 160. 10 de Julho: 1529-1530.
- Diário da República*. 1996. I série - A, nº 246, 23 de Outubro: 3709-3710.
- Diário de Notícias*. 1947. 8 Setembro: 1.
- Diário de Notícias*. 2006. 24 de Março.  
[http://dn.sapo.pt/2006/03/24/sociedade/internamento\\_compulsivo\\_lei\\_propria.html](http://dn.sapo.pt/2006/03/24/sociedade/internamento_compulsivo_lei_propria.html)  
[Acedido em 15 de Junho de 2006]
- Diário do Governo*. 1928. I série, nº 116, 23 de Maio: 1210.
- Diário do Governo*. 1931. I série, nº 7, 9 de Janeiro: 51-52.
- Diário do Governo*. 1938. I série, nº 265, 15 de Novembro: 1496-1497.
- Diário do Governo*. 1947. I série, nº 177, 2 de Agosto: 749-756.
- Direcção Regional de Saúde. 2007. *Doenças de declaração obrigatória 2002-2006*. <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008987.pdf>. [Acedido em 15-07-2007].
- Douglas, M. 1973. *Natural symbols: explorations in cosmology*. Middlesex, Penguin Books.
- Douglas, M. 1991a. Witchcraft and leprosy: two strategies of exclusion. *In: Man*, 26: 723-736.



- Douglas, M. 1991b. *Pureza e perigo: ensaio sobre as noções de poluição e tabu*. Lisboa, Edições 70.
- Dussel, E. 2001. Eurocentrismo y modernidad. In: Mignolo, W. (ed) *Capitalismo y geopolítica del conocimiento*. Buenos Aires, Ediciones del Signo: 57-70.
- Dussel, E. 2007. *Política de la liberación: historia mundial y crítica*. Madrid, Editorial Trotta.
- Echevarría, J. R. G. 2007. Introducción, etiología, transmisión, patogenia y clasificación. Manifestaciones cutáneas. In: *Fontilles Revista de Leprología*, 26 (3): 251-258.
- Enciclopédia Verbo Luso-Brasileira de Cultura*. 1998. Edição Século XXI, Lisboa.
- Edelman, G. M. 1995. *Biologia da consciência: as raízes do pensamento*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Edmond, R. 2006. *Leprosy and Empire: a medical and cultural history*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Fabian, J. 1983. *Time and the other: how anthropology makes its object*. New York, Columbia University Press.
- Fairchild, A. L. 2006. Leprosy, domesticity, and patients protest: the social context of a patients' rights movement in mid-century America. In: *Journal of Social History*, 39. <http://www.historycooperative.org/journals/jsh/39.4/fairchild.html> [Acedido em 19-09-2006].
- Falcão, Z. 1900. *A lepra em Portugal*. Lisboa, Academia Real das Ciências de Lisboa.
- Fanon, F. 1967. *Black skins, White masks*. New York, Grove Press.
- Farmer, P. 1998. Social inequalities and emerging infectious diseases. In: Brown, Peter J. (org.) *Understanding and applying medical anthropology*. California, Mayfield Publishing Company: 98- 107.
- Farmer, P. 2005. *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley, University of California Press.
- Fernández, E. M. 2004. *Fantasmas de la sociedad medieval: enfermedad, peste, muerte*. Valladolid, Universidad de Valladolid.
- Fleck, L. 1979. *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago, The University of Chicago Press.
- Foucault, M. 1961. *Histoire de la folie*. Paris, Union Générale D'Éditions.
- Foucault, M. 1977a. *Discipline and punish: the birth of the prison*. London, Penguin Books.
- Foucault, M. 1977b. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária.
- Foucault, M. 1998. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Edições Graal.

- Gaudet, M. 2004. *Carville: remembering leprosy in America*. Jackson, University Press of Mississippi.
- Geertz, C. 1978. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro, Zahar Editores.
- Gilroy, P. 2000. *Between camps: race, identity and nationalism at the end of the colour line*. London, The Penguin Press.
- Goemare, P. 1952. *Os grandes contemporâneos: Bissaya Barreto*. Coimbra, Casa das Beiras.
- Goffman, E. 1961. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York, Anchor Books.
- Goffman, E. 1980. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro, Zahar Editores.
- Goldstein, B. E. 1980. *Sensation and perception*. California, Waldsworth Publishing Company.
- Good, B. J. 1994. *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Gould, T. 2005. *A disease apart: leprosy in the modern world*. New York, St. Martin's Press.
- Grande Dicionário da Língua Portuguesa*, 2004. Porto, Porto Editora.
- Grimes, J. D. 2006. Koch's Postulates—Then and Now. *In: Microbe*, 1 (5): 223-228. [http://www.ecologia.unam.mx/laboratorios/evolucionmolecular/documentos/ClaseProca/articulos/grimes\\_microbe\\_2006.pdf](http://www.ecologia.unam.mx/laboratorios/evolucionmolecular/documentos/ClaseProca/articulos/grimes_microbe_2006.pdf) [Acedido em 20-03-2008].
- Gugelberger, G.; Kearney, M. 1991. Voices for the voiceless: testimonial literature in Latin America. *In: Latin American Perspectives*, 18 (3): 3-14.
- Gussow, Z.; Tracy, G. S. 1971. The use of archival materials in the analysis and interpretation of field data: a case study in the institutionalization of the myth of leprosy as "leper". *In: American Anthropologist*, 73 (3): 695-709.
- Gussow, Z.; Tracy, G. S. 1972. The phenomenon of leprosy stigma in the continental United States. *In: Leprosy Review*, (63): 85-93.
- Hahn, R. A.; Kleinman, A. 1983. Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions. *In: Annual review of anthropology*, 12: 305-333.
- Hahn, R. A. 1995. *Sickness and healing: an anthropological perspective*. Michigan, Yale University.
- Hall, S. 1996. Introduction: Who needs «identity»? *In: Hall, S.; Gay, P. D. (eds.) Questions of cultural identity*. London, Sage: 1- 17.

- Harding, S. 2002. Rethinking standpoint: theory epistemology: what is “strong objectivity”?  
*In: Harding, S. (ed.) The feminist standpoint reader: intellectual and political controversies.* New York, Routledge: 127-140.
- Hughes, B, 2002. Disability and the body. *In: Barnes, C.; Oliver, M.; Barton, L. (eds.) Disability studies today.* Cambridge, Polity Press: 58-76.
- International Federation of Anti-Leprosy Associations. <http://www.ilep.org.uk/> [Acedido em 01-09-2007].
- Jackson, M. 1996. Introduction: phenomenology, radical empiricism and anthropological critique. *In: Jackson, M. (ed.) Things as they are: new directions in phenomenological anthropology.* Blooming and Indianapolis, Indiana University Press: 1-50.
- Jopling, W. H. 1991. Leprosy stigma. *In: Leprosy Review*, 62: 1-12.
- Kleinman, A. 1980. *Patients and healers in the context of culture.* Berkely, University of California Press.
- Kleinman, A. 1988. *The illness narratives: suffering, healing and the human condition.* New York, Basic Books.
- Kuhn, T. S. 2005. *A estrutura das revoluções científicas.* São Paulo, Perspectiva.
- Lakoff, G. 1987. *Women, fire and dangerous things: what categories reveal about the mind.* Chicago and London, The University of Chicago press.
- Lakoff, G.; Johnson, M. 1999. *Philosophy in the flesh: the embodied mind and its challenge to western thought.* New York, Basic Books.
- Lambeck, M.; Antze, P. 1996. Introduction: forecasting memory. *In: Lambeck, M.; Antze, P. (eds.) Tense past: cultural essays in trauma and memory.* New York, Routledge: xi-xxxviii.
- Latour, B. 1984. *Les microbes : guerre et paix suivi de irreductions.* Paris, Editions A. M. Métailié.
- Law, A. S. 2002. The last leprosy communities and the people who call them home. *In: Roberts, C. A.; Lewis M. E.; Manchester K. (eds.) The past and present of leprosy: archaeological, historical, paleopathological and clinical approaches: proceedings of the international congress on the evolution and paleoepidemiology of the infectious diseases 3 (ICEPID).* Oxford, Bar: 7-19.
- Leal, J. 2000. *Etnografias portuguesas (1870-1970): cultura popular e identidade nacional.* Lisboa, Publicações Dom Quixote.
- Lechat, M. E. L. 2002. The paleoepidemiology of leprosy: an overview. *In: Roberts, C. A.; Lewis M. E.; Manchester K. (eds.) The past and present of leprosy: archaeological,*

*historical, paleopathological and clinical approaches: proceedings of the international congress on the evolution and paleoepidemiology of the infectious diseases 3 (ICEPID)*. Oxford, Bar: 157-162.

Leder, D. 1990. *The absent body*. Chicago, The University of Chicago Press.

Lévi-Strauss, C. 1979. *A via das máscaras*. Lisboa, Editorial Presença.

Lewis, G. 1987. A lesson from Leviticus: leprosy. *In: Man*: 2, Vol. 22 (4): 593-612.

*LUZ*. 1956. 8 de Dezembro: 1.

*LUZ*. 1957. 8 de Agosto: 5.

*LUZ*. 1958. 8 de Novembro: 4-5.

Maciel, L. R.; Oliveira, M. L. W.; Gallo, M. E. N.; Damasco, M. S. 2003. Memória e história da hanseníase no Brasil através de depoentes. *In: História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 10 (1): 308-336.

Maciel, L. R. 2004. “A solução de um mal que é um flagelo”: Notas históricas sobre a hanseníase no Brasil do século XX. *In: Nascimento, D. R.; Carvalho, Diana, M. (orgs.) Uma história brasileira das doenças*. Brasília, Paralelo 15: 109-125.

Martins, O. J. P. 1978. *O Brasil e as colônias portuguesas*. Lisboa, Guimarães Editores.

Martins, O. J. P. 1987. *Elementos de antropologia: história natural do homem*. Lisboa, Guimarães Editores.

Mauss, M. *Sociologia e antropologia*. 2003. São Paulo, Cosac Naify.

Mawani, R. 2003. «The island of the unclean»: race, colonialism and «chinese leprosy» in British Columbia, 1891-1924. *In: Law, Social Justice & Global Development (Electronic Law Journal)*. <http://elj.warwick.ac.uk/global/03-1/mawani.html> [Acedido em 01-11-2007]

Meneses, M P. G. 2004. Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada»: para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas. *In: Santos, B. S. (ed.) Semear Outras Soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Porto, Afrontamento: 357-391.

Merleau-Ponty, M. 1999. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo, Martins Fontes.

Micheau, F. 1985. A idade de ouro da medicina árabe. *In: Le Goff, J. (ed.) As doenças têm história*. Lisboa, Terramar: 57-77.

Mignolo, W. 2003. Os esplendores e as misérias da ciência: colonialidade, geopolítica do conhecimento e pluri-versalidade epistémica. *In: Santos, B. S. (ed.) Conhecimento prudente para uma vida decente: um discurso sobre as ciências revisitado*. Porto, Afrontamento: 667-709.

- Miller, T. S.; Smith-Savage, R. 2006. Medieval leprosy reconsidered. *In: International Social Science Review*, 81 (1,2): 16-28.
- Monteiro, Y. N. 2003. Profilaxia e exclusão: o isolamento compulsório dos hansenianos em São Paulo. *In: História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 10 (1): 95-121.
- Moreira, T. A. Panorama sobre a hanseníase: quadro atual e perspectivas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 10 (1): 291-307.
- Mossé, C. 1985. As lições de Hipócrates. *In: Le Goff, J. (ed.) As doenças têm história*. Lisboa, Terramar: 39-55.
- Murphy, R. F. 1998. The damaged self. *In: Brown, P. J. (org.) Understanding and applying medical anthropology*. California, Mayfield Publishing Company: 322-333.
- Nagel, T. 1974. What it is like to be a bat? *In: Philosophical Review*, 83 (4): 435-50. [http://members.aol.com/NeoNoetics/Nagel\\_Bat.html](http://members.aol.com/NeoNoetics/Nagel_Bat.html) [Acedido em 11-10-2005].
- Notícias de Portugal*. 1948. 24 de Abril.
- Nunes, J. A.; Gonçalves, M. E. 2001. Introdução. *In: Nunes, J. A.; Gonçalves, M. E. (eds.) Enteados de Galileu? A semiperiferia no sistema mundial da ciência*. Porto, Afrontamento: 13-31.
- Nunes, J. A. 2002. Teoria crítica, cultura e ciência: o(s) espaço(s) e o(s) conhecimento(s) da globalização. *In: Santos, B. S. (org.) A globalização e as ciências sociais*. São Paulo, Cortez: 301-344.
- Nunes, J. A. 2006. A pesquisa em saúde nas ciências sociais e humanas: tendências contemporâneas. *In: Oficina do CES (253)*.
- Palhavã, C. P. 1923. *Profilaxia da lepra em Portugal*. Coimbra, Tipografia Bizarro.
- Pandya, S. S. 2003. The First International Leprosy Conference, Berlin, 1897: the politics of segregation. *In: História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 10 (1): 161-77.
- Pedley, J. C. 1972. The stigma of leprosy in four countries. *In: Leprosy Review (43)*: 94-95.
- Pereira, P. T. 2006. A batalha do futuro: a organização corporativa. *In: Cardoso, J. L. (org.) Portugal como problema, a economia como solução (1821-1974); da Revolução liberal à Revolução democrática*. Vol. VI. Lisboa, Fundação Luso-Americana: 350-372.
- Pereira, M. H. 1999. As origens do Estado Providência em Portugal: as novas fronteiras entre público e privado. *In: Ler História (37)*: 45-61.
- Poirier, J.; Clapier-Valladon, S.; Raybaut, P. 1995. *Histórias de vida: teoria e prática*. Oeiras, Celta Editora.

- Portal Nacional de Tecnologia Assistiva do Ministério da Ciência e Tecnologia do Governo Federal do Brasil. <http://www.assistiva.org.br/ta.php?mdl=jornal&arq=exibir&id=123>. [Acedido em 01-09-2007].
- Porto, M. F. S.; Pivetta, F.; Soares, M.; Moreira, J.; Freitas, C. M. 2004. Abordagens ecossociais: pensando a complexidade na estruturação de problemas em saúde e ambiente. *II Encontro da ANPPAS – Associação Nacional de Pós-Graduação em Ambiente e Sociedade*. São Paulo. [http://www.anppas.org.br/encontro\\_anual/encontro2/GT/GT12/marcelo\\_firpo.pdf](http://www.anppas.org.br/encontro_anual/encontro2/GT/GT12/marcelo_firpo.pdf) [Acedido em 01-06-2007].
- Providência, P. 2000. *A cabana do higienista*. Coimbra, Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra.
- Público*. 2007. 15 de Outubro: 7.
- Queiroz, E. J. M. 2000. *Notas contemporâneas*. Lisboa, Livros do Brasil.
- Quijano, A. 2000. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. In: Lander, E. (ed.) *La colonialidade del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires, CLACSO Y UNESCO: 201-230.
- Quintais, L. 2000. *As guerras coloniais portuguesas e a invenção da História*. Lisboa, Edições do Instituto de Ciências Sociais.
- Quintais, L. 2002. O teatro da destruição e da verdade e a psiquiatria portuguesa na transição do século XIX. In: *Revista de História das Ideias da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra*, 23: 365-387.
- Quintais, L. 2006. *Franz Piechowski ou a analítica do arquivo*. Lisboa, Cotovia.
- Rawcliffe, C. 2006. *Leprosy in medieval England*. Suffolk, The Boydell Press.
- Ribeiro, J. P. 1958. *Le Portugal et la lépre: breves notions sur son évolution, son épidémiologie et sa prophylaxie*. Coimbra, Oficinas da Atlântida.
- Ribeiro, M. C. 2004. *Uma história de regressos: império, guerra colonial e pós-colonialismo*. Porto, Afrontamento.
- Ribeiro, M. C. 2007. *África no feminino: as mulheres portuguesas e a guerra colonial*. Porto, Edições Afrontamento.
- Romero-Salazar, A.; Parra, M. C.; Moya-Hernández, C.; Rujano, R.; Salas, J. 1995. The stigma in the social representation of leprosy. In: *Cadernos de Saúde Pública*, 11 (4), oct/dec: 535-542.
- Rosas, F.; Brito, José M. B. 1996. *Dicionário de História do Estado Novo*, v. 1. Lisboa, Círculo de Leitores.

- Ryan, M. 1994. Foucault's fallacy. In: Miguel-Alfonso, R.; Caporale-Bizzini, S. (eds.) *Reconstructing Foucault: essays in the wake of the 80s*. Amsterdam, Rodopi:95-113.
- Said, E. 2004. *Orientalismo*. Lisboa, Cotovia.
- Santiago, S. 2000. *Uma literatura nos Trópicos: ensaios sobre dependência cultural*. Rio de Janeiro, Rocco.
- Santos, B. C. 1970. A Doença de Hansen através do mundo: da obra médico-pedagógica e político-social de Bissaya Barreto. In: *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, 9 (3): 78-98.
- Santos, B. S. 1993. O Estado, as relações salariais e o bem-estar social na semiperiferia: o caso português. In: Santos, B. S. (org.) *Portugal: um retrato singular*. Porto, Edições Afrontamento: 17-56.
- Santos, B. S. 1994. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. Porto, Afrontamento.
- Santos, B. S. 2000. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. Porto, Edições Afrontamento.
- Santos, B., S. 2001. Entre Prospero e Caliban: colonialismo, pós-colonialismo e inter-identidade. In: Ramalho, M. I.; Ribeiro, A. S. (orgs.) *Entre ser e estar: raízes, percursos e discursos da identidade*. Porto, Edições Afrontamento: 23-85.
- Santos, B. S. 2002. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. In: *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 63: 237-280.
- Santos, B. S.; Meneses, M. P.; Nunes, J. A. 2004. Introdução: para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo. In: Santos, B. S. (ed.). *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Porto, Afrontamento: 19-101.
- Santos, B. S. 2007. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia dos saberes. In: *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 78: 3-46.
- Santos, B. S. 2006. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. Porto, Afrontamento.
- Santos, B. S. 2006. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. Porto, Afrontamento.
- Scarry, E. 1985. *The body in pain: the making and unmaking of the world*. Oxford, Oxford University Press.
- Scott, J. C. 1998. *Seeing like a State: how certain schemes to improve the human condition have failed*. New Haven and London, Yale University Press.

- Silva, M. S. 1953. *Relatório das gerências desde o início das actividades (27 de Outubro de 1947) a Dezembro de 1952 / Hospital-Colónia Rovisco Pais*. Coimbra, Coimbra Editora. Limitada.
- Silva, M. S. 1962a. O passado e o presente em Leprologia. *In: Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, 1 (2): 3-30.
- Silva, M. S. 1962b. Hospital-Colónia Rovisco Pais: última leprosaria do continente português. *In: Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, 1 (3): 10-41.
- Silva, M. S. 1967. A luta anti-lepra em Portugal. *In: Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, 6 (22) 8-36.
- Scheper-Hughes, N.; Lock, M. M. 1998. The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *In: Brown, Peter J. (org.) Understanding and applying medical anthropology*. California, Mayfield Publishing Company: 208-225.
- Smith, A. D. 1991. *Identidade Nacional*. Lisboa, Gradiva.
- Sousa, P. 1941. Como o senhor Ministro do Interior encara o problema da assistência. *In: A Saúde* (261-262): 4-5.
- Sousa, J. P. 1999. *Bissaya Barreto: ordem e progresso*. Coimbra, Minerva-História.
- Sontag, S. 1991. *Illness as metaphor and Aids and its metaphors*. London, Penguin Books.
- Spivak, G. C. 1993. Can the subaltern speak? *In: Williams, P.; Chrisman, L. (eds.) Colonial discourse and post-colonial theory*. Harlow, Longman: 66-111.
- Spivak, G. C. 1999. *A critique of postcolonial reason: toward a history of the vanishing present*. Cambridge, Harvard University Press.
- Stanford, J. L.; Standford, C. A. 2002. Leprosy: a correctable model of immunological perturbation. *In: Roberts, C. A.; Lewis M. E.; Manchester K. (eds.) The past and present of leprosy: archaeological, historical, paleopathological and clinical approaches: proceedings of the international congress on the evolution and paleoepidemiology of the infectious diseases 3 (ICEPID)*. Oxford, Bar: 25-35.
- Staples, J. 2003. Disguise, revelation and copyright: disassembling the south Indian leper. *In: Journal of the Royal Anthropological Institute*, 9: 295-315.
- Staples, J. 2005. Leprosy in South India: the paradox of disablement as enablement. *In: Review of Disability Studies*, I (4): 13-28.
- Stoller, P. 1989. *The taste of ethnographic things: the senses in anthropology*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- Tamagnini, E. 1944. O índice nasal dos portugueses. *In: Revista da Faculdade de Ciências da Universidade de Coimbra*, XII (2): 5-38.



- Turner, B. S. 1984. *The body and society: explorations in social theory*. Oxford, Basil Blackwell.
- Turner, B. S. 1995. *Medical power and social Knowledge*. London, Sage.
- Turner, B. S. 2001. Disability and the sociology of the body. In: Albrecht, G. L.; Seelman, K. D.; Bury, M.; Seelman, K. D. (eds.) *Handbook of disability studies*. California, Sage Publications: 252-265.
- Turner, V. 1967. *The forest of symbols: aspects of Ndembu ritual*. Ithaca, Cornell University Press.
- Turner, V. 1974. *Dramas, fields and metaphors: symbolic action in human society*. Ithaca, London.
- Turner, V. 1986. Dewey, Dilthey, and drama: an essay in the anthropology of experience. In: Turner, V.; Bruner, E. M. (orgs.) *The anthropology of experience*. Illinois, Illinois University Press: 33-44.
- Valverde, P. J. 2000. *Máscara, mato e morte: textos para uma etnografia de São Tomé*. Oeiras, Celta.
- Vecchi, R. 2003. Das relíquias às ruínas. Fantasmas imperiais nas criptas literárias da guerra colonial. In: Ribeiro M. C.; Ferreira A. P. (orgs.) *Fantasmas e fantasias imperiais no imaginário português contemporâneo*. Porto, Campo das Letras: 187-202.
- Vieira, R. A. 2003. A lepra: bosquejo histórico. In: *Notícias Médicas*, 2759: 17-21.
- Vigarello, G. 1985. *O limpo e o sujo: a higiene do corpo desde a Idade Média*. Lisboa, Fragmentos.
- Waxler, N. E. 1998. Learning to be a leper: a case study in the social construction of illness. In: Brown, P. J. (org.) *Understanding and applying medical anthropology*. California, Mayfield Publishing Company: 147-157.
- White, C. 2003. Carville e Curupaiti: experiências de isolamento e comunidade. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 10 (1): 123-41.
- Whyte, S. R.; Ingstad, B 1995. Disability and culture: an overview. In: Ingstad, B.; Whyte, S. R. (eds.) *Disability and culture*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press: 3-32.
- World Health Organization. *Emerging diseases*.  
[http://www.who.int/topics/emerging\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/emerging_diseases/en/). [Acedido em 01-10-2007]
- World Health Organization (2007) Global leprosy situation. 2007a. In: *Weekly Epidemiological Record*, 82(25): 225-232.

World Health Organization. 2007b. Estrategia mundial para aliviar la carga de la lepra y sostener las actividades de control de la enfermedad (período del plan: 2006-2010). *In: Fontilles Revista de Leprología*, 26 (1): 45-66.

Yawalkar, S. J. 2002. *Leprosy: for medical practitioners and paramedical workers*. Switzerland, Novartis Foundation for Sustainable Development.

Young, A. 1982. The anthropologies of illness and sickness. *In: Annual Review of Anthropology*, 11: 257-285.

Zola, I. K. 1982. *Missing pieces: a chronicle of living with a disability*. Philadelphia, Temple University Press.

## **Anexo**





Figura 1. Serviço de Hansen do CMRRC-RP.  
(fotografia de Vítor Matos, 2006).



Figura 2. Antigo convento dos Frades Crúzios.



Figura 3. Hospital central.







Figura 4. Asilo.



Figura 5. Casa de trabalhadores.



Figura 6. Núcleo familiar.







Figura 7. Lavandaria.



Figura 8. Oficinas.



Figura 9. Cozinha.





Figura 10. Capela.



Figura 11. Dispositivo segregacionista na capela.



Figura 12. Equipa de futebol.







Figura 13. Passeio na lagoa.



Figura 14. “A lepra domina-se, o hanseniano reabilita-se”.



Figura 15. Brigada de sapateiros.





Figura 16. Secretaria dos internados.



Figura 17. Irmãs da Ordem de São Vicente de Paulo com internados.