



DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA

FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**Medicina e Religião no Hospital-Colónia
Rovisco Pais**

Ana Carolina Damas Gomes

2014



DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA

FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Medicina e Religião no Hospital-Colónia Rovisco Pais

Dissertação apresentada à Universidade de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Antropologia Médica, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Santa Xavier (Universidade de Coimbra)

Ana Carolina Damas Gomes

2014

Índice

Agradecimentos	iii
Índice de abreviaturas	v
Resumo	vi
<i>Abstract</i>	vii
1. Introdução	1
2. Medicina e religião	6
2.1. Antropologia médica e biomedicina	6
2.2. Antropologia e religião	14
2.3. Sofrimento e crença	19
3. Lepra, uma categoria moral	25
3.1. Doença bíblica	27
3.2. A doença do proscrito	29
3.3. Medicalização: exclusão e disciplinas	33
3.4. Estigma, medicina e religião	36
4. Rovisco Pais	38
4.1. Pelos leprosos, contra a lepra: um programa profilático	38
4.2. Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo	46
4.3. Depois do tempo	52
4.4. Em contexto	60
5. Conclusão	74
6. Referências bibliográficas	77

Agradecimentos

Esta dissertação marca o final de um processo. Um processo de crescimento, de aprendizagem, de desenvolvimento e definição de capacidades. Um processo que não teria sido o mesmo sem as pessoas que comigo se cruzaram. Os meus agradecimentos são para elas.

À Professora Doutora Sandra Xavier, que não poderia deixar de ser a primeira, pela orientação, pelos ensinamentos, pela confiança que sempre depositou em mim e, acima de tudo, por em todos os momentos me arrastar e fazer ver as coisas de uma perspetiva diferente.

Ao Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais e a todas as pessoas que o constituem, que tornaram este trabalho muito mais fácil com toda a disponibilidade e simpatia que demonstraram. Um especial agradecimento ao Diretor Dr. Luís André, ao Dr. Alegre de Sá e ao Dr. Pagaimo, sem os quais este trabalho não teria sido possível.

A todos os ex-doentes do Serviço de Hansen, funcionários e às Irmãs, não podia deixar de ser dirigido um carinhoso agradecimento. A prontidão com que me acolheram e partilharam as suas histórias é de valor indescritível.

À Sra. Idalina, secretária da direção do Rovisco, que pela sua persistência tornou a minha experiência na instituição possível.

A todos os professores da Licenciatura em Antropologia e do Mestrado em Antropologia Médica que, ao longo dos anos, com os conhecimentos transmitidos, de certa forma me conduziram até aqui.

Ao Polo de Coimbra do CRIA, sem o qual a minha motivação e perspetiva sobre a antropologia não seria a mesma.

À Dona Lina e à Dona Célia, o meu mais do que merecido agradecimento por toda a ajuda com livros, papeladas, cotas misteriosas e simpatia sempre garantida.

Aos meus queridos amigos que conheci na antropologia mas que se manterão para a vida: Joana, João, Melo, Ricardo, Sónia, Tatiana. Por todas as ocasiões mais do que bem passadas, por todas as histórias que temos para contar e por todos os momentos que ainda nos esperam.

A todos os outros amigos que me acompanharam durante este tempo nos momentos de descontração, por me fazerem ter confiança em mim e por todos os excelentes momentos

de diálogo sobre tudo e mais alguma coisa. Porque, talvez não saibam, mas uma boa conversa é o melhor para me fazer descontraír.

A toda a minha enorme e maravilhosa família, porque são o pilar e a certeza da minha vida, o meu lar.

À minha avó, que me ensinou a ler e escrever antes do tempo, que desde que me lembro plantou em mim o sonho “ir para a Universidade”, que me apoiará sempre.

À minha maninha, por todos os momentos de diversão indiscretoível que só as irmãs percebem e porque sei que me adora como a adoro a ela. Está bem minha menina?

Aos meus pais. Pelo apoio incondicional, pela atenção constante, pela preocupação, pelo carinho. Por serem uns lutadores. Por me terem permitido seguir o caminho que quis, apesar de as coisas nem sempre terem sido fáceis, têm a minha eterna e genuína gratidão.

Obrigada!

Índice de abreviaturas

APARF: Associação Portuguesa de Amigos de Raoul Follereau

CMRRC(-RP): Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro (- Róvisco Pais)

CRIA: Centro em Rede de Investigação em Antropologia

HCRP: Hospital-Colónia Róvisco Pais

JPBL: Junta de Província da Beira Litoral

WHO: World Health Organization

Resumo

Medicina e religião, ao longo da história ocidental, legitimaram-se e opuseram-se, recorrendo a uma dicotomia entre corpo e mente.

A medicina dita ocidental desenvolve-se tendo como foco o tratamento do corpo material e biológico. É por isso designada biomedicina.

A Antropologia Médica mostra que a biomedicina é, como qualquer outro sistema médico, um sistema sociocultural, uma construção cultural e histórica, permitindo um olhar crítico sobre ela.

Religião é um conceito difícil de definir. Geertz tentou criar uma definição universal, mas acabou por, ao sistematizar, deixar de lado a sua capacidade de adaptação contextual.

Ainda assim, podemos comparar a biomedicina com uma religião ao considera-la um sistema de crenças ao qual as pessoas recorrem em situações de sofrimento. De resto, através dos conceitos de sofrimento e crença, biomedicina e religião partilham terrenos comuns.

Um desses terrenos é a lepra. Doença complexa, com uma longa história ao longo da qual vai adquirindo vários significados como categoria moral. Começa por ser uma doença bíblica, ligada à religião. Na transição para o século XX, atravessa um processo de medicalização através do isolamento de doentes de lepra em asilos.

No Hospital-Colónia Rovisco Pais, inaugurando em 1947, graças a uma campanha de Bissaya Barreto, medicina e religião estão presentes desde o início. Uma vez que, apesar de este ser um projeto modernista, desde o início contou com a presença das Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo. No entanto, esta é uma congregação religiosa com características particulares.

As conceções de lepra no Rovisco Pais permitem evidenciar a natureza contextual, histórica e plástica tanto da medicina como da religião, assim como perceber como ambas podem conviver, com todas as suas diferenças e semelhanças.

Palavras-chave: Biomedicina, Hospital-Colónia Rovisco Pais, Lepra, Religião.

Abstract

Medicine and Religion, throughout the occidental history, legitimate and oppose themselves recurring to a dichotomy between body and soul.

The medicine said as occidental develops itself having as focus the treatment of the materialistic and biological body. So it can be designated as biomedicine.

Medical Anthropology shows that biomedicine is, as any other medical system, a sociocultural system, a cultural and historic construction, enabling a critical look upon it. Religion is a difficult concept to define. Geertz has tried to create an universal definition, but it turns out that, systematizing, he neglected the religion capacity of contextual adaptation.

Nevertheless, we can compare biomedicine with a religion, considering it a system of beliefs, to which people appeal in suffering moments. For the rest, through the concepts of suffering and belief, biomedicine and religion share common grounds.

One of that common grounds is leprosy. Complex sickness, with a long story in which it acquires multiple meanings as a moral category.

It begins being a biblical sickness, connected to religion. In the transition to de 20th century, goes through a process of medicalization by the isolation of the leprosy patients in asylums.

At the Hospital-Colony Rovisco Pais, inaugurated in 1947, thanks to a Bissaya Barreto's campaign, medicine and religion are present since the beginning. Since, in spite of this being a modernist project, it had counted with the presence of the Daughters of Charity of Saint Vincent de Paul. However this is a religious congregation with particular characteristics.

The leper conceptions at Rovisco Pais allow to point out the contextual, historic, and plastic nature of both medicine and religion, as well as to understand how both of them can live together, with all of them differences and resemblances.

Key-Words: Biomedicine, Hospital-Colónia Rovisco Pais, Leprosy, Religion.

1. Introdução

Medicina e religião. Duas palavras que ditas em conjunto desencadeiam reações como “isso é complicado”, “ui, não é nada fácil”. São ambas componentes sociais de notável significância. A sua associação ser tida como “complicada” ou “nada fácil” deve-se a que sejam geralmente percecionadas como unidades autónomas, independentes, áreas de limite bem desenhado que se opõem.

A medicina, referindo-me à biomedicina, foi construída fazendo-se opor a todo um conjunto de conceções associadas ao universo religioso. “Na medicina ocidental, a natureza (biologia para os praticantes) é oposta ao espírito; [...] cada uma das suas partes é atomística, independente do todo” (Gordon, 1988: 27 *in* Kleinman *et al.*, 1994: 8).

Sempre me interessaram as coisas “difíceis”, sempre me interessou questionar as coisas aparentemente inquestionáveis e colocar em jogo as interações do que à partida não se imiscui. Se há uma área de estudos que permite questionar os limites, que pode mesmo crescer desse questionar, é a antropologia.

Assim, se a antropologia médica interroga criticamente a saúde e a doença, em diversificadas dimensões, a mim interessa-me interrogar os limites do que é considerado médico. Proponho-me pois, através de uma perspetiva antropológica, olhar os limites da biomedicina, da dita “medicina ocidental”. Em particular, os limites que são erigidos face à religião: são universos incompatíveis, sem terreno em comum? Como se relacionam?

Se me volto para “casa” ao focar-me na biomedicina, também me volto para casa quando me refiro à religião. Em concreto, quando invoco o termo refiro-me à mais significativa presença religiosa em Portugal, quer em termos institucionais, quer em termos de aderentes, o catolicismo.

Contudo, exposto assim o problema, este parece excessivamente teórico e abstrato. Para aprofundar estas questões, torna-se necessário aplicar a problemática a um contexto em que medicina e religião se cruzem. Tal aconteceu na Leprosaria Nacional Rovisco Pais. Esta instituição nasceu oficialmente em 1938, como Hospital-Colónia Rovisco Pais, um projeto do Estado Novo, da responsabilidade de Bissaya Barreto, que teria como objetivo a erradicação da lepra do país. Consequência da campanha de Barreto intitulada “Pelos leprosos, contra a lepra”, o Hospital-Colónia consistia num complexo para isolamento de indivíduos contagiantes. Permitiria não só a profilaxia, tratamento e defesa da sociedade,

mas também a investigação científica da doença e o ensino e educação médica (Barreto, 1938a; Barreto, 1938e).

Passados 76 anos a instituição, o país e a própria lepra passaram por diversos processos de transformação. O antigo Hospital-Colónia deixou de ser uma necessidade, com a descoberta da cura definitiva para a doença e com a sua progressiva extinção. Assim, em 1996, transformou-se no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais. No entanto, no antigo hospital central da colónia, persiste um Serviço de Hansen. Aqui encontram-se alguns ex-hansenianos que, por um motivo ou por outro, não sentem ter lugar fora do antigo Hospital-Colónia.

Também na instituição permanecem três Irmãs de São Vicente de Paulo. Esta congregação de religiosas está lá desde o início, sendo incumbida inicialmente dos serviços de enfermagem e manutenção do espaço: “a direção, mediante acordo aprovado superiormente, poderá confiar a religiosas, no todo ou em parte, os serviços de enfermagem, cozinha e economato” (Diário da República, 1947: 755). Foi o conhecimento deste facto que me alertou para as possibilidades do Rovisco Pais enquanto terreno de análise da temática medicina/religião.

Atendendo à problemática inicial, agora aplicada ao contexto do Rovisco Pais, algumas questões mais específicas podem ser elaboradas: como convivem no mesmo espaço medicina e religião? Há aproximação ou conflito? Quais as posições perante a lepra?

A lepra não pode ser uma carta deixada fora do baralho, pois funciona, no caso em análise, como o catalisador da convivência entre medicina e religião no mesmo espaço. Além do mais, esta não é uma doença qualquer. Ao longo da sua história esteve na mira de diversas interpretações e atribuições morais. Uma doença com fortes laços históricos com o cristianismo, que progressivamente sofre um processo de medicalização que conduziu, em última análise, à descoberta da sua cura definitiva. O próprio Bissaya Barreto (1938a: 3) esclarece que “a lepra não é um castigo dos deuses, nem pode constituir nos dias de hoje um estigma infamante”.

Estigma, moral, religião, impureza, doença, medicina: estes são conceitos que não podem ser esquecidos quando nos referimos à lepra, ainda hoje. As sinergias da matriz concetual da lepra são complexas e não podem deixar de ser analisadas com uma certa sensibilidade.

Assim, “a lepra não pode ser uma carta deixada fora do baralho” na análise da questão central do presente estudo, na questão que perpassa todas as outras: como conviveram e convivem biomedicina e religião católica no Rovisco Pais? Por outras

palavras, como se configura a convivência entre medicina e religião, teoricamente contruídas como opostas, num determinado contexto?

Este é um assunto por explorar no que concerne à relação de nível mais lato entre biomedicina e religião católica, mas também, em sentido mais estrito, no que concerne ao Rovisco Pais, nomeadamente numa perspetiva histórica.

É importante uma análise desta natureza, uma vez que tanto a dimensão biomédica como a religiosa são de substancial peso e importância na vida de muitos indivíduos, designadamente na vida da generalidade dos portugueses.

De resto, a proximidade entre atributos médicos e religiosos tem sido documentada pela antropologia em inúmeros contextos. Parecem ser mais as vezes em que doença, cura e universos mágico-religiosos são atributos indissociáveis do que o oposto... Porque ocorre então esta separação (pelo menos teórica) a ocidente?

Principalmente quando há uma procura crescente de meios alternativos de enfrentamento da doença, considerada como uma crítica direcionada à biomedicina e à sua perspetiva sobre a doença por Kleinman *et al.* (1978), é relevante perceber como se comporta na prática a clivagem teórica desenvolvida a ocidente entre medicina e religião, entre corpo e mente.

É claro pelo que até agora foi dito que proponho-me a fazer antropologia em casa. A antropologia já foi considerada a ciência do longínquo, mas isso mudou...terá mudado? Prefiro pensar que o que mudou foi o termos percebido que também em casa podemos encontrar o longínquo, que o antropólogo pode encontrar o desconhecido ao virar da esquina, que pode fazer etnografia na própria rua de residência. Prefiro pensar que o longínquo não é um lugar, mas um estado desencadeado por um modo de ver. Assim o longínquo não é determinado por um mapa, mas por uma atitude do antropólogo que “estrangeiro aqui como em toda a parte” (Campos, 2007:26) é tão capaz de encontrar material etnográfico legítimo aqui como além.

Estrangeira aqui, para refletir as questões colocadas, comecei por fazer investigação documental. Primeiramente recorri a documentos regulamentares do Hospital-Colónia, a alguma imprensa da época da inauguração do Hospital-Colónia, à publicação de leprologia Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen e ao jornal *A Saúde*. Com esta investigação tive acesso ao discurso oficial, ao discurso político e médico.

Interessava-me colocar esta perspetiva em confronto com a de quem viveu (e vive) o Rovisco Pais. Para tal, fiz uma incursão etnográfica de um mês na instituição, onde procurei outros documentos que me permitissem uma nova perspetiva, perceber o dia-a-dia

da instituição e, acima de tudo, aceder ao testemunho dos ex-doentes de Hansen e das irmãs ainda lá presentes.

Relativamente ao material documental encontrado na instituição, consultei arquivos clínicos de alguns ex-doentes (com correspondência) e o jornal de doentes *A Luz*.

Com o objetivo de compreender o dia-a-dia do Rovisco Pais, fiz observação participante, tendo depressa passado à realização de entrevistas semiestruturadas. O processo de entrevista transformou-se numa conversa que fui conduzindo de acordo com alguns tópicos previamente estabelecidos que queria abordar, mas deixando espaço para o surgir de novos tópicos, de novos assuntos.

Por mais preparados e informados que possamos estar relativamente a diversos processos metodológicos de recolha e tratamento de informação etnográfica, as coisas nunca correm como planeamos, como copiosamente nos mostra *O Antropólogo Inocente* de Nigel Barkley (2006). Ou é uma oportunidade de entrevista que surge sem que contemos e não temos o gravador, ou é um encontro combinado que não se realiza e temos de procurar ocupar o tempo olhando noutra direção, ou um assunto inesperado mas relevante que ainda não tínhamos previsto num guião de entrevista, ou uma conversa que acaba por ser em grupo quando pensáramos uma entrevista de um para um... Enfim, as situações inesperadas são a regra, não a exceção.

Ainda assim, considero ser importante selecionar determinadas diretivas metodológicas previamente. Mesmo que na maioria dos casos estas não possam ser aplicadas tal como foram concebidas na teoria, podem ser adaptadas a cada circunstância, permitindo manter a vantagem de conferirem um certo padrão à forma como os dados são recolhidos e registados. Este esforço de manter uma certa coesão metodológica facilitará em muito o processo de análise dos dados.

A principal obra sobre metodologia que guiou os meus passos foi *A Pesquisa de Terreno* de Robert G. Burgess (1997). No entanto, retiradas as ideias de Burgess transformei-as e adaptei-as às minhas necessidades. Um aspeto crucial permaneceu: a importância da observação participante e das entrevistas não estruturadas como métodos-chave da pesquisa de terreno.

Na recolha de dados, foram fundamentais as notas de campo. Em nenhuma podia faltar a data, a hora, quem e onde. Tudo o resto que anotava era, admito, desorganizado, sem prejuízo, pois a organização das anotações era feita quase imediatamente, numa sala de trabalho que tive ao meu dispor no edifício do serviço de Hansen. Na transcrição das notas de campo dividia as informações em notas de campo substantivas e metodológicas (à

semelhança do proposto por Burgess). As notas analíticas, contudo, em vez de isoladas num grupo independente, apareciam imediatamente após cada dado de maior relevância nas notas substantivas, embora diferenciadas destas ao serem colocadas entre parênteses retos. As notas substantivas foram ainda categorizadas através de palavras-chave colocadas nas margens.

No que diz respeito às entrevistas, como já referi, as semiestruturadas foram o modelo privilegiado. Partilho da perspectiva de Spradley (1979), que considera as “entrevistas etnográficas como uma série de conversas cordiais nas quais o pesquisador introduz novos elementos lentamente para auxiliar informantes a responderem como informantes”.

As entrevistas gravadas foram quase imediatamente transcritas. Na transcrição procurei ao máximo manter as repetições e pausas do discurso oral, corrigindo apenas eventuais erros ortográficos.

Em dois casos apenas não pude gravar as entrevistas. Ainda assim, foi-me possível registar palavra-a-palavra partes importantes dos discursos, uma vez que estes eram feitos de forma calma e pausada. O tratamento dado a estes dois casos foi em tudo semelhante ao das notas de campo.

Por fim, mas não menos importante, mantive um diário de campo. Um registo pessoal da experiência etnográfica, regido por nenhuma regra ou orientação metodológica. O diário foi de máxima importância não só como meio de autoanálise, mas também como meio de registo do que senti a nível pessoal durante a experiência etnográfica. Um registo sincero, livre de grilhões teóricos ou preocupações metodológicas, sobre a experiência de ser estrangeira, “aqui como em toda a parte”.

2. Medicina e religião

2.1. Antropologia médica e biomedicina

Quando invocamos a palavra medicina referimo-nos na esmagadora maioria das vezes a um tipo de medicina tecnológica, biológica e com origem no ocidente, esquecendo que existem outros tipos de sistemas de saúde, outras medicinas.

Esta medicina biológica pode assim ser referida como biomedicina, de modo a distingui-la das outras. Termo aplicado pela primeira vez por Gaines e Hahn (Lambert, 2002; Gaines e Davis-Floyd, 2004).

Esta biomedicina declara-se possuidora de neutralidade epistemológica, imune a intrusões sociais, culturais ou políticas (Cruz, 2008). A sua presença é tão impositiva que granjeia o estatuto de “instituição global” (Kleinman, 1997) e leva muitos a considerá-la “A” medicina, por contraste a todas as outras formas de lidar com a saúde e com a doença, que serão menores e menos válidas.

A biomedicina pretende-se uma esfera independente e isolada de outras como a arte ou a religião (Cruz, 2008). “*Biomedicine stands alone* [a biomedicina permanece só]” (Kleinman, 1997: 29). Mas porquê acoplar o prefixo “bio”?

Historicamente, práticas curativas e terapêuticas começam por estar associadas a universos mágico-religiosos (Reis, 1998). No entanto, à medida que a medicina, filha de Hipócrates, se vai desenvolvendo afasta-se cada vez mais de esferas religiosas. Medicina e religião têm sido assim áreas construídas como opostas ao longo da história ocidental.

A ciência, biomedicina incluída, passa por um processo de racionalização positivista com início no século XVII (Reis, 1998; Helman, 2007). No campo médico, em particular, este é um processo profundamente marcado pelo dualismo cartesiano que separa mente de corpo, espírito de matéria e irreal de real (visível, palpável) (Scheper-Hughes e Lock, 1987). “Na medicina ocidental, a natureza (biologia para os praticantes) é oposta ao espírito; [...] cada uma das suas partes é atomística, independente do todo; “e permanece não apenas independente da cultura mas sua precedente”” (Gordon, 1988: 27 *in* Kleinman *et al.*, 1994: 8).

Esta oposição torna-se precisamente uma das características definidoras da Biomedicina: o corpo, biologia é do domínio da ciência/medicina, a mente do domínio da filosofia e da religião (Reis, 1998; Gaines e Davis-Floyd, 2004; Helman, 2007).

Na definição biomédica o natural é físico, “é uma “entidade” que pode ser “vista” (Kleinman, 1997: 30). Conhecer o real é vê-lo (Kleinman *et al.*, 1994). “O psicológico, social e moral são camadas superficiais de uma capa de epifenómenos que encobre o alicerce da verdade, a substância natural fundamental na patologia e na terapia, o material real: a biologia como uma estrutura arquitetónica com seus químicos associados. As outras ordens da realidade são por definição questionáveis” (Kleinman, 1997: 30).

Segundo Gaines e Davis-Floyd (2004) estamos perante um modelo separatista e tecnocrata, em parte porque se desenvolveu num período de intensa industrialização no ocidente. Este fato terá levado a que se adotasse a máquina como metáfora para o corpo humano (Gaines e Davis-Floyd, 2004). O modelo biomédico “interpreta a doença como um defeito mecânico localizável numa máquina física e bioquímica, um defeito que pode ser reparado por meios físicos (cirurgia) ou químicos (farmacológicos) especializados” (Uexkül e Pauli, 1986: 159 *in* Reis, 1998: 37). No caso da lepra “o defeito mecânico” foi durante muitos anos inidentificável e tratando-se de uma bactéria não tem uma localização específica. Foi uma doença tardiamente medicalizada e para a qual tardiamente foi encontrado uma meio de “reparação”.

Este modo de pensar “radicalmente materialista” (Scheper-Hughes e Lock, 1987: 8) é produto de uma epistemologia ocidental que pode ser rastreada até à antiga Grécia e a Aristóteles (Scheper-Hughes e Lock, 1987; Reis, 1998). Segundo Kleinman (1997) este materialismo provém da distinção grega entre realidade e aparência, registada, por exemplo, por Platão na conhecida Alegoria da Caverna.

Recorrendo a Porter (1997) vemos mesmo que este dualismo teve diferentes apropriações, uma delas da religião. Segundo o autor, os primeiros cristãos também terão demarcado corpo de mente, implicando a subordinação da medicina à religião. “O espírito era eterno; a carne era fraca” (Porter, 1997: 86).

No campo da prática clínica este pensamento pode ser já encontrado em Hipócrates e seus estudantes determinados em erradicar vestígios mágico-religiosos das conceções de corpo humano (Scheper-Hughes e Lock, 1987). Ao mesmo tempo esforçavam-se por “introduzir uma base racional para a prática clínica que iria desafiar o poder dos antigos curandeiros tradicionais ou “charlatão” e “mágicos”, como Hipócrates rotulava os seus competidores médicos.” (Scheper-Hughes e Lock, 1987: 9). Sobre epilepsia, por exemplo, conhecida então como “doença sagrada”, Hipócrates afirma não acreditar que a referida doença fosse mais divina ou sagrada que qualquer outra mas que, pelo contrário, à

semelhança de qualquer outra, também esta teria de ter uma causa definida e natural (Scheper-Hughes e Lock, 1987).

A dicotomia corpo/mente assumirá várias formas ao longo da história ocidental, mas a formulação das ideias que foram diretamente responsáveis pela introdução deste dualismo no discurso científico moderno, moldando concepções biomédicas modernas, são da autoria de Descartes no século XVII (Eisenberg, 1977; Scheper-Hughes e Lock, 1987; Reis, 1998).

A determinação de Descartes era a de nada tomar como verdade até que fosse estabelecida evidência para aceitá-lo como tal (Scheper-Hughes e Lock, 1987). A única categoria dependente da fé era a percepção de si mesmo, expressa no famoso cogito de Descartes (1644: 2): “*cogito ergo sum*” (“penso, logo existo”).

Da consciência intuitiva do seu próprio ser, o filósofo prossegue para o argumento da existência de duas classes de substâncias que compõe o corpo humano (Scheper-Hughes e Lock, 1987).

Em 1649 o tratado de René Descartes “*Passions of the soul*” vem a público expondo uma epistemologia que avoga a divisão da natureza em dois domínios distintos: *res cogitans* (o domínio do espírito, a mente intangível) e *res extensa* (o domínio da matéria, o corpo palpável) (Eisenberg, 1977; Scheper-Hughes e Lock, 1987; Reis, 1998). Neste ensaio, ao localizar a mente na epífise neural (glândula localizada perto do centro do cérebro), de onde esta controlaria os movimentos corporais, “como um cavaleiro invisível num cavalo” (Scheper-Hughes e Lock, 1987: 9), Descartes consegue reconciliar os dois domínios (Scheper-Hughes e Lock, 1987). Este esquema de Descartes foi inteligente na medida em que permitiu legitimar o estudo do corpo, enquanto mecanismo, pela ciência, deixando a alma reservada ao domínio da teologia (Eisenberg, 1977). “A disjunção cartesiana libertou a biologia (e consequentemente a medicina)” (Eisenberg, 1977: 10). Esta proposta foi assim uma “solução política para permitir que a ciência pudesse autonomizar-se da influência da Igreja” (Reis, 1998: 58).

Segundo Souza e Luz (2009) esta é a teodiceia ocidental, uma teodiceia transcendental em que o homem é separado da natureza e do divino, dividido em corpo e espírito, devendo controlar e manipular a natureza para garantir sua sobrevivência.

Este processo está na base de uma medicina que reduz os processos de saúde/doença ao bem-estar do corpo, ao indivíduo biológico, sendo por este motivo designada por biomedicina. Uma biomedicina que se define por oposição à religião.

Sucedo assim que a biomedicina, proclamando a sua independência face a crenças, seria um dos poucos sistemas médicos do mundo que não assentaria numa cosmologia, conectando práticas médicas a um plano transcendental (Gaines e Davis-Floyd, 2004). No entanto, “através da lente antropológica podemos ver que a biomedicina surge, de facto, de uma cosmologia, embora uma implícita e completamente secularizada” (Gaines e Davis-Floyd, 2004: 100). Nos últimos anos o estudo antropológico da biomedicina permitiu olhá-la de outro modo.

A antropologia permitiu-nos perceber que os atributos alegadamente absolutos da biomedicina, a sua tradição epistemológica, é uma construção histórica, não um universal (Scheper-Hughes e Lock, 1987).

De facto, o que ocorre em muitos outros contextos históricos e sociais é que medicina e religião surgem estritamente interligadas e interdependentes (de tal modo que talvez nem faça muito sentido defini-las através de conceitos distintos).

Um exemplo histórico é apontado por Botteró (1997): a Babilónia. Apesar de existirem dois métodos de tratamento, designados pelo autor como “medicina empírica” e “medicina exorcista”, ambos tinham o mesmo fim, libertar o paciente do sofrimento, pelo qual lutavam lado a lado (Botteró, 1997). O convívio seria tão estreito que “estas duas terapêuticas até quase se contaminaram com o tempo” (Botteró, 1997: 28).

Curiosa a utilização do termo “contaminar”. Como se duas linhas de tratamento, que sem dúvida são associadas pelo olhar ocidental do autor a uma “medicina científica” e a uma “medicina religiosa”, à figura do médico e do padre, tivessem de existir separadas, distintas, intocáveis... uma assunção claramente ocidental.

O “preconceito” de Botteró (1997: 28) contra a dialética entre “ciência” e práticas mágico-religiosas transparece nas seguintes palavras, ainda sobre a contaminação, “podemos encontrar aspetos irracionais próprios do exorcismo na medicina como aspetos racionais próprios do médico na prática dos *âshipu*”.

Após a valorização dada ao racional e ao empírico no seu discurso o autor conclui que “no fundo, as coisas não mudaram tanto desde a antiga babilónia...” (1997:37). Ou pelo menos em relação à antiga babilónia vista e moldada através de cânones modernos e ocidentais...

Mas por que motivo precisaria a ciência em geral, a medicina muito em particular, de se distanciar da religião para se afirmar?

Retomando o conceito de teodiceia transcendental (Souza e Luz, 2009), haveria uma necessidade de dominar a natureza para sobreviver. “A doença tende a ser objetivada

e a terapêutica, por sua vez, orientada pela identificação e pelo combate desses objetos (doenças), a noção de vitória sobre a doença embasando a medida da eficácia terapêutica.” (Souza e Luz, 2009: 399).

Por outro lado, falamos aqui de um processo de modernização, segundo o qual “os diversos costumes ligados à gestão do sofrimento nas sociedades não modernas desapareceriam progressivamente com a adoção das vantagens da medicina moderna. Superstições, crenças, rituais, seriam resíduos em vias de desaparecimento com o processo de modernização.” (Bastos, 2001: 306).

Segundo Sarró, este processo está associado a um outro de secularização da sociedade ocidental que implica ainda a sucessiva ocultação do sofrimento do mundo. Um termo amplamente falado, entendido “a maioria das vezes como uma perda, como uma despromoção de um estado de graça a um estado de natureza” (Sarró, 2009: 42).

Um mundo moderno seria assim um mundo racional, sem sofrimento e sem Deus (Settembrini *in* Sarró, 2009). “Talvez seja esta a filosofia subjacente à criação dos sistemas seculares de saúde pública” (Sarró, 2009: 44). Hoje sabemos que esta foi apenas uma utopia (Sarró, 2009).

A secularização consistiria na dessacralização, na perda do sagrado na sociedade, sendo este mantido unicamente na religião, edificando à sua volta limites que a constituem enquanto essência distinta de outras construções sociais.

A carga absolutista e a dificuldade de tolerância de outros paradigmas é adquirida pela biomedicina, segundo Paul Unschuld (1988 *in* Kleinman, 1997), ao surgir no ocidente, por influência do monoteísmo religioso e da ideia de que existe um único paradigma verdadeiro e universal.

Neste seguimento, segundo Kleinman (1997: 29), o que distingue a biomedicina não é uma maior validade mas a sua “extrema insistência no materialismo como base do conhecimento e o seu desconforto com modos de pensar dialéticos”.

Assim se percebe que apenas nos finais do século XX começam a haver tentativas de reunificar corpo e mente... embora, como consideram Scheper-Hughes e Lock (1987), a tendência tenha sido para que se categorizem as aflições humanas como totalmente do corpo ou totalmente psicológicas.

Uma dessas tentativas de diluir a fronteira entre corpo e mente é feita em 1977, quando Eisenberg elabora a distinção entre os conceitos *disease* e *illness* (Eisenberg, 1977; Scheper-Hughes e Lock, 1987; Helman, 2007).

“*Illness* é o que o paciente sente quando vai ao médico e *disease* o que ele tem no seu caminho do consultório médico para casa” (Helman, 2007: 126). *Illness* é a resposta subjetiva do indivíduo e dos que o rodeiam a uma sensação de não estar bem; inclui a experiência da doença e os significados dados a essa experiência (Helman, 2007).

Com a insistência nas dicotomias materialistas, a biomedicina conduz a que o profissional de saúde tome como objeto de estudo e tratamento a *disease* (Kleinman, 1997).

Disease é vista como um desvio dos valores normais, como uma entidade *per se* isolada de um contexto, uma vez que a medicina se foca nas dimensões físicas da doença (Helman, 2007).

Há uma tendência para que os médicos saibam cada vez mais sobre cada vez menos (Helman, 2007). Há um movimento de focagem que se move do indivíduo para um órgão, um sistema, um grupo de células ou uma região do corpo, tornando a *disease* ainda mais reducionista (Helman, 2007). É esperado que o médico descodifique a duvidosa história da *illness* em evidência, em patologia biológica, em *disease* (Kleinman, 1997).

Como Kundera (1984 *in* Scheper-Hughes e Lock, 1987) observa, a ciência encaminha o homem por vias de conhecimento especializado: a cada passo de conhecimento científico menos se vê o mundo como um todo.

Assim, fatores como a personalidade, religião, crenças, estado socioeconómico e contexto cultural do paciente são frequentemente tidos como irrelevantes no processo de diagnóstico ou na prescrição de um tratamento (Helman, 2007).

Disease é algo que um órgão tem e é diagnosticada e tratada pelos médicos; *illness* é algo que uma pessoa experiencia (Eisenberg, 1977; Helman, 2007). A primeira é apenas do corpo, a segunda é também da mente.

Sintetizando a ideia destes conceitos: “médicos modernos diagnosticam e tratam *diseases* (anormalidades na estrutura e função dos órgãos e sistemas do corpo), enquanto pacientes sofrem *illnesses* (experiências de mudanças desvalorizadas nos estados de ser e na função social; a experiência humana da doença” (Kleinman *et al.*, 1978: 251). Será isto que acontece verdadeiramente no HCRP? Ou todos (médicos e irmãs) acabam por lidar com várias perspetivas da doença nos doentes, equilibrando diversas interpretações, não havendo na prática uma separação clara entre *disease* e *illness*, uma separação entre corpo e mente?

Ironicamente, como apontam Scheper-Hughes e Lock (1987), esta tentativa de Eisenberg de repensar e moderar o radicalismo material do dualismo cartesiano acaba por o recriar.

Uma das consequências disto acaba por ser a medicalização da *illness*, com a medicina a reclamar para si ambos os aspetos da doença (Scheper-Hughes e Lock, 1987). Se a ideia era defender o entendimento do ser humano como um todo, tem acontecido que elementos da *illness* estão a ser medicalizados e individualizados, transformando o social em biológico.

A separação artificial entre corpo humano e espírito ou mente fez, indubitavelmente, sucesso, libertando a biologia e negligenciando tudo o resto que integra o ser humano da prática clínica. Este foi um sucesso de pelo menos trezentos anos.

No entanto, nos finais do século XX, a procura pelos utentes das terapias ditas alternativas ou complementares, nomeadamente originárias de diferentes contextos geográficos, demonstra uma crescente crítica direcionada à biomedicina e à sua perspetiva sobre a doença (Kleinman *et al.*, 1978). António Damásio (1994) considera mesmo que o sucesso das medicinas “alternativas” se deve a uma resposta compensatória à incapacidade que a biomedicina tem demonstrado em considerar o ser humano como um todo.

Simultaneamente, como já foi referido, este colocar em causa surge também em contexto académico, em perguntas e análises de disciplinas científicas como a antropologia médica. A antropologia médica aparece como um legítimo caminho para alterar o atual paradigma da biomedicina, como é desejo de Scheper-Hughes e Lock (1987:30): “Gostaríamos de pensar a antropologia médica como providenciando a chave para o desenvolvimento de uma nova epistemologia e metafísica do corpo total [*mindful body*] e das fontes emocionais, sociais e políticas da doença e da cura.”.

Profissionais biomédicos estão de forma crescente a recorrer à antropologia em busca de resposta às perguntas que não podem ser respondidas por factos biológicos ou materiais (Scheper-Hughes e Lock, 1987).

A antropologia médica é geralmente entendida como um estudo sobre as dimensões socioculturais na saúde, doença e medicina (Lambert, 2002).

Antes das décadas de 40/60, em que a antropologia médica começa a ser reconhecida como tal, os antropólogos consideravam que medicina “moderna” e “primitiva” eram incompatíveis (Lambert, 2002). As bases da primeira seriam científicas, por oposição às da segunda que seriam de cariz mágico-religioso (Lambert, 2002). Esta medicina “ocidental” era assumida como estando fora do alcance de influências culturais, à semelhança da ciência e ao contrário de outros sistemas médicos (Gaines e Davis-Floyd, 2004). A perspetiva antropológica não era assim diferente de todas as outras.

Com o declínio de posições funcional-estruturalistas na década de 70 e com o incrementado interesse em dirigir um olhar antropológico para “casa”, começa a haver a noção de que a medicina “ocidental”, “moderna” e “científica” é também ela social e historicamente construída (Lambert, 2002). Embora os primeiros antropólogos a explorar esta medicina tenham sentido resistências quer da parte de outros colegas, quer da parte dos seus objetos de estudo (Gaines e Davis-Floyd, 2004).

Na década de 80 Gaines e Hahn apresentaram uma visão da medicina “ocidental” como “um “sistema sociocultural”, uma construção cultural e histórica complexa com um consistente conjunto de crenças internas, regras e práticas” (Gaines e Davis-Floyd, 2004: 96). Uma visão que já existia na antropologia em relação à religião.

Um trabalho que mostra copiosamente esta dimensão da medicina é o de Cristiana Bastos sobre as diferentes formas de pensar a SIDA (2011). A autora mostra como as conceções de doença são plásticas e se moldam ao jeito de vários fatores contextuais, por um lado, e como os discursos sobre doença podem eles mesmos atuar sobre o mundo. A medicina está longe de ser uma técnica final, universal, impermeável e isenta de ações no teatro do mundo.

A partir da década de 80 a antropologia médica começa a ser levada mais seriamente (Lambert, 2002). No entanto, para Lambert (2002), esta é uma área à qual falta ainda coesão para que se possa assumir como um verdadeiro campo disciplinar. Singer (2004) demonstra a falta de consenso sobre as orientações teóricas da área.

Proponho uma outra perspetiva: talvez seja esta “falta de coesão”, traduzida na pluralidade de perspetivas e abordagens sobre saúde, doença, medicinas e seus atores, que a torna uma área de interesse e particular pertinência na atualidade. Talvez a antropologia médica se possa mesmo caracterizar pela fluidez entre orientações teóricas e pela tenuidade de fronteiras entre as aproximações que engloba, constituindo-se como um campo amplo, crítico e diverso, à semelhança das questões que aborda.

A antropologia médica inova ao assumir a biomedicina como um sistema médico à semelhança de qualquer outro, ou seja, como um sistema de crenças.

Qualquer medicina pode ser vista como tendo a seu cargo as funções de diagnóstico, prescrição de ações rituais para superar a doença, projeção de diagnóstico e de legitimação da morte (Kleinman, 1974 *in* Eisenberg, 1977). Qualquer sistema médico pode ser visto, segundo Eisenberg (1977), como um sistema de crenças e qualquer sistema de crenças é influenciado pela sua matriz contextual.

Aproximamo-nos aqui da visão de Evans-Pritchard (2010[1976]) sobre a bruxaria Azande: ocupa o lugar de teodiceia, permitindo explicar porque “terríveis desgraças e sofrimento ocorrerem neste mundo e porque boas pessoas não sofrem menos do que as más” (Good *et al.*, 2010: 10). “Por extensão, todos os sistemas de conhecimento médico, servem para explicar igualmente como e porquê alguém fica doente.” (Good *et al.*, 2010: 10).

O entendimento da biomedicina como uma medicina entre outras, precível de subjetividades e influências sociais está precisamente na origem do campo disciplinar da antropologia médica. Indo mais longe, a antropologia médica, ao incluir a biomedicina na sua vasta área de estudo, permitiu olhá-la como um produto social, dependente de um sistema de crenças, como uma teodiceia. A antropologia médica foca o seu interesse em contextos e sistemas de cura com diversas tradições e escalas tecnológicas, desde a biomedicina à cura religiosa, desde contextos com oferta de múltiplas alternativas médicas até contextos mais pequenos e com escolhas mais limitadas.

2.2. Antropologia e religião

Já analisámos a problemática da dicotomia corpo/mente e a forma como ela influenciou a biomedicina ao legitimá-la em oposição à religião. Percebemos ainda como estas ideias têm vindo a ser colocadas em causa e como a antropologia médica pode contribuir para a criação de uma nova epistemologia. A epistemologia inerente à biomedicina não é universal, varia contextualmente e historicamente. Algo que será concretizado quando mais a fundo se analisar o caso em estudo, o Hospital-Colónia Rovisco Pais; quando for aprofundada uma narrativa da experiência etnográfica; quando, por fim, teoria e contexto forem colocadas frente a frente e discutidas.

No entanto, propus-me a confrontar as interações entre biomedicina e religião. Como tal, segue-se uma breve análise da religião do ponto de vista antropológico.

O interesse antropológico na religião começa já no século XIX (Veer, 2002). “Questões de religião têm sido centrais para a antropologia desde o seu início” (Lambeck, 2008: 3).

Hoje a antropologia interessa-se pelo estudo de diversas formas religiosas, desde as mais locais, passando por formas locais de religiões com extensão mundial até à presença e interação de aspetos religiosos com aspetos da vida humana como a saúde e a doença, por exemplo. Hoje a antropologia é sensível à existência de interpretações e vivências religiosas particulares, locais, populares, contextuais, que, em muitos casos, contrastam com uma religiosidade cânone. Por exemplo, encontraremos no Rovisco Pais formas de vivenciar e interpretar o catolicismo que variam à escala individual e que se podem distinguir, ou até mesmo chocar, quer com outras formas mais particulares de viver a religiosidade, quer com a religião cânone “universal” que parte do Vaticano.

A antropologia tem de ser sensível a todos estes aspetos, de tal modo que as abordagens da religião têm de ser plásticas e variáveis de acordo com a própria variabilidade do contexto.

Ainda assim, as diversas abordagens antropológicas das religiões partilham, segundo Lambeck (2008) um conjunto de características: holistas (veem os fenómenos religiosos como parte de um todo social, não o demarcando como uma esfera independente, e vendo tais demarcações como um tema de estudo); universalistas (tomam como objeto de estudo qualquer sociedade humana presente ou passada); etnográficas (análises feitas através do estudo de pequenos agrupamentos sociais); comparativas (deve haver diálogo entre diferentes relatos etnográficos); contextuais (os “factos” são sempre interpretados relativamente ao seu contexto); históricas (têm em conta o passado e a sua influência no presente); dialógicas (o método etnográfico é baseado na conversação); críticas (a nível literário, mas também a nível político).

Mas para que o estudo da religião fosse possível um passo dado por Émile Durkheim foi fundamental: considerar que todas as religiões são verdadeiras.

O seu famoso trabalho *As formas elementares da vida religiosa*, publicado em 1912, consegue precisamente transformar a religião num fenómeno social afirmando que “a religião é eminentemente uma coisa social” (Durkheim, 2008[1912]: 38) e ao defender que todas as religiões são verdadeiras, espirituais (até as então consideradas “primitivas”) e que têm como função primária atuar na vida moral (Durkheim, 2008[1912]).

Para o autor (2008[1912]), há dois tipos de fenómenos religiosos: as crenças e os ritos. “As crenças são representações que expressam a natureza das coisas sagradas [protegidas e isoladas através de proibições] e das relações que elas têm entre si ou com coisas profanas [todas as que não são sagradas]” (Durkheim, 2008[1912]: 42). “Os ritos são regras de conduta que prescrevem como os homens se devem orientar a eles mesmos

com as coisas sagradas” (Durkheim, 2008[1912]: 42). Assim, através das crenças e dos ritos, a função da religião é a de orientação moral, “é fazer-nos agir e ajudar-nos a viver” (Durkheim, 2008[1912]: 45).

Neste sentido, se a religião nasce da sociedade, também a permite manter, na medida em que surge do e reproduz o coletivo. “As representações religiosas são representações coletivas que expressam realidades coletivas; ritos são formas de atuar que nascem unicamente no meio de grupos reunidos e cujo propósito é evocar, manter ou recriar certos estados mentais desses grupos.” (Durkheim, 2008[1912]: 38).

Durkheim assume a sociedade como um fato totalmente organizado e hierarquizado, no qual a religião é um atributo certo e fundamental que permite a sua manutenção. A sociedade é “concebida como uma entidade uniforme e orientada para a sua autorreprodução e preservação (Verde, 1997). A posição de Durkheim também é rígida no que concerne à definição bipartida de sagrado e profano, sendo um tudo o que não é o outro.

Vejamos outra perspectiva, igualmente importante, mesmo um dos trabalhos mais importantes e influentes na antropologia da religião moderna. Falamos das *Aproximações antropológicas para o estudo da religião* (1996) de Geertz, ou, mais especificamente, do capítulo “Religião como um sistema cultural”. É aqui que pode ser lida a definição de religião mais influente na atualidade (2008[1966]: 59): “(1) Um sistema de símbolos que atua para (2) estabelecer ânimos e motivações poderosas, persuasivas e duradoras nos homens (3) formulando concepções de uma ordem geral de existência e (4) revestindo essas concepções com uma tal aura de factualidade que (5) os ânimos e motivações parecem singularmente realistas.”.

Símbolo aqui no sentido de “qualquer objeto, ação, evento, qualidade ou relação que serve como veículo para uma concepção – a concepção é o “significado” do símbolo” (Geertz, 2008[1966]: 59).

Os símbolos agem sobre o mundo ao induzir nos indivíduos determinadas disposições (Geertz, 2008[1966]). Sendo uma disposição a “probabilidade de uma atividade ser realizada ou de uma ocorrência ocorrer em determinadas circunstâncias” (Geertz, 2008[1966]: 61).

As atividades religiosas podem induzir dois tipos de disposição: motivações e ânimos (Geertz, 2008[1966]). As motivações são persistentes, inclinações crônicas “para realizar determinados tipos de ações e para experienciar determinados tipos de sentimento em determinados tipos de situações” (Geertz, 2008[1966]: 62). Os ânimos, por contraste, são intensos mas de menor duração (Geertz, 2008[1966]).

Mas como se distinguem as motivações e ânimos religiosos dos restantes? Isto é, em que diferem os símbolos religiosos? O que distingue a religião? A religião explica a ordem geral das coisas (Geertz, 2008[1966]). Explicações procuradas quando o homem não consegue perceber fenómenos empíricos, perante o sofrimento e perante o mal – três aspetos que integram um problema de significado (Geertz, 2008[1966]). Todas estas dificuldades levantam a suspeita de que o mundo não tem uma ordem genuína: “não tem regularidade empírica, nem forma emocional, nem coerência moral” (Geertz, 2008[1966]: 67). A religião responde a esta suspeita através da formulação de uma imagem de ordem, utilizando como veículos os símbolos (Geertz, 2008[1966]). Há a negação de que o mundo é inexplicável: mas como se torna essa negação uma convicção (Geertz, 2008[1966])?

Geertz (2008[1966]) responde que é através do ritual. É através do ritual que se reúnem e reforçam as motivações e ânimos induzidos no homem por símbolos sagrados e as conceções gerais sobre o mundo (Geertz, 2008[1966]). “Num ritual, o mundo como é vivido e o mundo como é imaginado, fundem-se sob a agência de um único conjunto de formas simbólicas, acabando por ser o mesmo mundo” (Geertz, 2008[1966]: 70). A perspectiva religiosa no mundo é estendida para o dia-a-dia através das motivações que, como já referimos, são prolongadas.

Assim, Geertz (2008[1966]) afirma que o interesse do estudo da religião não reside no facto de esta descrever a ordem social mas porque a molda (entre outros agentes).

Talal Asad (2008[1983]) critica esta definição e sua pretensão universalista e a-histórica. Para o autor a definição de Geertz é claramente moderna, insistindo na ideia de que “a religião tem uma essência autónoma - a não ser confundida com a essência da ciência, ou da política, ou do senso comum – [que nos convida] a definir religião (como uma essência) como um fenómeno trans-histórico e transcultural.” (2008[1983]: 111).

Segundo Veer (2002), a questão que aqui se levanta é a distinção entre religioso e secular. A “separação do religioso do poder” (Asad, 2008[1983]:112) é algo ocidental e moderno, Como tal, para Asad (2008[1983]) não pode existir uma definição universal de religião.

É verdade que Geertz gera a ideia da religião como um fenómeno autónomo, ao considerar, em certo ponto, a existência de quatro perspectivas principais de conhecer o mundo e de analisar o que distingue a perspectiva religiosa das restantes (senso comum, científica, artística). A definição de Geertz sistematiza, pressupondo que qualquer religião tem valores homogéneos e coerência interna. No entanto, apesar da importância inegável de Geertz, trabalhos recentes mostram-nos que os valores religiosos nem sempre são

coerentes e articulados e que a religião é adaptável. Trabalhos recentes têm reformulado a teoria de Geertz sobre a religião.

Hoje “a sociedade desafia sociólogos e antropólogos inventando novas religiões, revitalizando e pondo em dia os velhos rituais, incorporando e hibridizando crenças” (Cornejo, Cantón e Blanes, 2008: 9).

As religiões da nossa era fazem ser obrigatório reinterpretar e reformular Geertz. Surpreenderam qualquer previsão e não temos agora um mundo secularizado, sem sofrimento, sem deus.

Recuperando Sarró (2009), a filosofia subjacente à criação dos sistemas seculares de saúde, a filosofia, de resto, subjacente ao crescimento da biomedicina e à separação entre corpo e mente, foi apenas uma utopia.

Corpo e mente, por mais que os separem, teimam em andar de mão dada. Medicina e religião criam caminhos em que se possam abraçar. A religião não é apenas a conceção sistematizada de um sistema de símbolos coerente e que cria sentido para o mundo através de rituais. A religião não se distingue por ser procurada quando o homem não encontra explicação empírica, pelo contrário, hoje vemos que pode ser procurada em simultâneo com explicações empíricas. Hoje vemos que religião não são só Cristianismo, Judaísmo, instituições organizadas e coesas, vemos que nada é coeso, vemos que o contexto cria a religião e que mesmo Cristianismo e Judaísmo, em contextos particulares, adquirem novas formulações e novos significados. Hoje vemos que, muitas vezes, não é a religião que dá sentido ao mundo, mas o contexto que dá sentido à religião.

Como bem sintetizam Cornejo, Cantón e Blanes (2008), novas formas de mobilidade religiosa e sua relação com a globalização; os usos políticos, sociais, económicos e terapêuticos de formas religiosas; a expressão local de religiões globais; a hibridização religiosa em contextos urbanos; a construção de identidade religiosa em contextos de pertença múltipla são aspetos que têm vindo, cada vez mais, a ser analisados pelos antropólogos e que obrigam a uma reformulação de conceitos como símbolo, ritual, crença, sincretismo e mesmo religião.

Mas, se estes são aspetos de que estamos particularmente conscientes agora e que surgem no trabalho de muitos antropólogos da esfera nacional (por exemplo Ruy Blanes, José Mapril, Clara Saraiva e Ramón Sarró), não são propriamente uma ocorrência exclusiva destes dias. Mesmo em termos históricos, no meu caso de estudo, no Rovisco Pais, medicina e religião convivem originando muitas vezes uma forma contextual de expressão e interpretação religiosa.

O caminho adotado pelo antropólogo perante um tão inconstante e complexo terreno como a religião é adotar de forma crítica a definição de Geertz, abordar outras perspetivas ou “decidir que o exercício de tentar definir religião é fútil e deve ser deixado, como parece inclinado Talal Asad (1983), William Arnal (Arnal 2000) e outros estudiosos contemporâneos da religião” (Berliner e Sarró, 2007).

Filipe Verde parece ter inclinação semelhante. Recordo como numa comunicação recente (Aula Inaugural Paulo Valverde, 2013, Coimbra) disse que “definir crença é como ordenhar um bode”, considerando que a noção de senso comum que temos dos conceitos é muitas vezes mais do que suficiente.

Penso que não será de facto de grande importância, ou que deverá ser tido como objetivo, a criação de um conceito universal, como Geertz procurou. No entanto, creio que o debate de conceitos constitui o mais rico alicerce teórico para a análise de qualquer problemática. É esmiuçando conceitos, comparando-os, questionando-os, que compreendemos o âmago teórico de uma questão e que a poderemos aprofundar em todas as suas ramificações empíricas.

2.3. Sofrimento e crença

Uma das vias de estudo antropológico da religião é aquando a sua sobreposição com o alegadamente não religioso. O meu trabalho segue essa via: o que acontece quando religião e medicina se sobrepõe?

Já vimos como estas realidades foram contruídas em separado, mas também já vimos como as coisas não têm de ser necessariamente assim. Através da discussão dos conceitos de religião e de biomedicina ficou explícito como estas não são áreas sistematizadas e coerentes, são aspetos sociais que variam com sensibilidade contextual.

Apesar de uma se ter legitimado por oposição à outra, “a religião, obviamente, partilha terreno comum com a medicina” (Porter, 1997: 84).

Um aspeto que religião e medicina partilham é o sofrimento, um conceito que pode ser considerado como “uma qualidade definidora da experiência de ser humano” (Kleinman, 1997). E se a ideia de modernidade implicaria que a medicina eliminasse progressivamente o sofrimento da vida humana e, conseqüentemente, a necessidade de um Deus, tal não aconteceu.

Nas palavras de Cristiana Bastos (2001: 306) “Superstições, crenças, rituais, seriam resíduos em vias de desaparecimento com o processo de modernização. A antropologia mostrou, empiricamente, que não é essa a realidade, e permitiu-se teorizar porquê. Por um lado, os costumes rotulados como primitivos ou mágicos não se reduzem a atavismos e ausência de conhecimento da medicina moderna mas, [...] têm uma eficácia local associada à sua execução contextual, e assente nas suas funções sociais. Por outro lado, e pelas mesmas razões, tais costumes não desaparecem mesmo quando são adotados os instrumentos da medicina europeia moderna.”.

Geertz (2008[1966]) aponta o sofrimento como uma das três experiências que ameaçam a ideia de um mundo ordenado e que geram, assim, a necessidade de uma explicação da ordem geral das coisas por parte da religião. Kleinman *et al.* (1994) dizem-nos que muito do cuidado médico ao longo de diferentes épocas e sociedades foi centrado no sofrimento. O sofrimento constitui, assim, um conceito essencial tanto na religião como na medicina.

A medicina tem como objetivo aliviar o sofrimento (Kleinman *et al.*, 1994; Geertz, 2008[1966]). Processo no qual não está só. O papel das famílias e de outros contatos sociais adquire importância ao providenciar significado ao sofrimento e à sua experiência moral (Kleinman *et al.*, 1994). Estas são as mesmas razões que levam indivíduos em sofrimento, bem como as suas famílias, a procurar a religião, que terá como função tornar o sofrimento mais suportável revestindo-o de significado (Geertz, 2008[1966]).

“Tanto o sofrimento como a sua irmã gémea, a dor, são normalmente estudados pela antropologia médica e mesmo a sua dimensão social tem sido estudada, habitualmente por especialistas desta disciplina [...]. Mas o sofrimento vai muito para além da medicina” (Sarró, 2009: 36). O sofrimento é um elemento chave na religião, em particular nas religiões cristãs (Porter, 1997; Sarró, 2009).

O sofrimento é o motor que leva alguém a procurar um médico, mas também o motor que leva alguém a procurar a religião (Saraiva, 2011). “A busca do bem-estar e da cura é uma das vertentes em que o cruzamento entre o biológico e o cultural, a biomedicina e o religioso, as práticas médicas e as rituais está permanentemente presente” (Saraiva, 2011: 73).

O cristianismo pode mesmo definir-se através do sofrimento. O cristão é aquele que compreende o sofrimento de Jesus Cristo, e que, idealmente, consegue reproduzir esse sofrimento no seu próprio corpo (Sarró, 2009). A glorificação do sofrimento é uma força

na cristandade, em especial no catolicismo (Porter, 1997). “O cristão saudável é um ser que sofre.” (Sarró, 2009: 37).

Assim, recorrendo a Norris (2009), Ramon Sarró (2009) defende que um pleno estudo do sofrimento pressupõe um equilíbrio entre antropologia médica e antropologia da religião. Através do sofrimento, religião e saúde “sempre andaram lado a lado” (Sarró, 2009: 37).

Um outro conceito é crucial quando se fala de religião: crença. Muitas vezes (principalmente até aos anos 70) a crença era, a par do ritual, apontada como um dos pilares da religião (Barnard, 2002).

Este é, porém, um conceito que suscita várias críticas, levantando diversas questões (Quintais, 1998; Barnard, 2002; Ruel, 2008[1982]): como sabemos aquilo em que as pessoas realmente acreditam? Para o antropólogo é mais importante a crença ou a afirmação da crença? Se a crença é um “estado interno”, sem relação com a linguagem, então é inacessível para o etnógrafo...

Asad (1983 *in* Barnard, 2002; 1993 *in* Huber, 2002), Quintais (1998) e Ruel (2008[1982]) consideram o conceito específico de uma religiosidade cristã moderna e ocidental.

Mas uma análise particular deste conceito interessa particularmente para a questão em jogo, a de Byron J. Good (2010[1994]).

O autor começa por intuir que existe uma relação estreita entre ciência, incluindo a biomedicina, e fundamentalismo religioso que se traduz no conceito “crença”.

Good (2010[1994]) considera que o termo tem desempenhado um papel crítico na antropologia médica, na continuação de um problema levantado pela posição racionalista: como damos sentido a visões culturais do mundo que não estão de acordo com a ciência contemporânea? Por outras palavras e com menos rodeios: “como damos sentido a crenças que são obviamente falsas?” (Good, 2010[1994]: 66).

À semelhança de Ruel (2008[1982]) e recorrendo a vários autores, Good (2010[1994]) mostra como o significado de “crença” variou historicamente, como o entendimento do termo hoje é algo estreitamente relacionado com uma religiosidade cristã moderna. O significado de “crença” foi variando dramaticamente ao longo da história de uma afirmação de comprometimento leal para com Deus (Smith, 1977 *in* Good, 2010[1994]) para um termo que implica dúvida, sugerindo hoje falsidade e erro (Good, 2010[1994]).

É tendo em conta esta conotação que Good (2010[1994]) considera que o termo tem sido utilizado na antropologia em oposição a “conhecimento”, levantando assim várias hipóteses:

1. A justaposição de “conhecimento” e “crença” e a utilização de “crença” para denotar, ou pelo menos conotar, asserções contrafactuais têm uma longa história na antropologia.
2. A “crença” como categoria analítica é geralmente associada a discussões compreendendo religião ou etnociência. A ciência tem a capacidade de distinguir conhecimento de crença.
3. A utilização do termo varia em recorrência e significado analítico com diferentes paradigmas teóricos.
4. A representação da cultura dos outros como “crenças” legitima a posição e conhecimento do antropólogo.
5. Uma análise do conceito em áreas como a antropologia médica, onde o conflito entre interpretações históricas e a afirmação das ciências naturais é intenso, continua a ser de especial relevância.

A formação deste discurso na antropologia estará relacionada com o contexto em que a disciplina se formou, onde teorias empíricas e a conflituosidade entre ciências naturais e religião eram proeminentes (Good, 2010[1994]).

Este quadro de análise sofreu, contudo, um “forte abanão”, em grande parte devido ao desenvolvimento dos campos da história, sociologia e antropologia da ciência (estudos sociais de ciência). O papel da crença como categoria analítica é de utilidade questionável.

A antropologia médica representa aqui um papel de especial importância pois, “toda a medicina junta elementos racionais e profundamente irracionais, combinando uma atenção para com o corpo material com uma preocupação pelas dimensões morais da doença e do sofrimento.” (Good, 2010[1994]: 75). Good (2010[1994]) considera que a biomedicina é, neste sentido, de particular interesse, combinando as ciências naturais com a função primária de qualquer forma de cura de lidar com o sofrimento.

Mas interessa a verdade das crenças? Não interessará mais o papel que estas desempenham nas ações sociais?

Segundo Luís Quintais (1998) o conceito de crença releva de etnopsicologias ocidentais que enfatizam uma distinção entre interior (estados psicológicos de um indivíduo) e exterior (aquilo a que os outros têm acesso). A crença reside no interior, pelo

que nunca seremos capazes de perceber exatamente o que alguém pretende ao dizer “eu acredito” (Quintais, 1998). Mas “posso saber em que contextos e com que finalidade as pessoas dizem “eu acredito”” (Quintais, 1998: 17). Posso ter acesso ao poder performativo da linguagem (Austin, 1975 *in* Quintais, 1998). O que, em resposta às questões que imediatamente acima coloquei, tem maior interesse para o antropólogo.

O que importa ao antropólogo não é se alguém crê na verdade de algo, nem perceber esse algo de modo que ele próprio o possa considerar como verdadeiro; o que interessa ao antropólogo é, através da performance da crença, poder discutir conceitos e categorias analíticas (Verde, 1997).

Crença não é um conceito que importa pela validade mas pelo poder performativo e pelas possibilidades de discussão a que dá acesso, através dos mundos para que nos remete quando alguém diz “eu acredito em x”. Além do mais, a realidade da utilização e da presença do verbo acreditar não pode ser ignorado quando enveredamos pelas amplas categorias de análise da medicina e da religião.

Através dos conceitos de sofrimento e crença podemos perceber como medicina e religião se podem aproximar. Na verdade, podemos considerar, por este prisma, a medicina como uma religião, ou a religião como uma medicina. Ambas são procuradas em situações de sofrimento (não exclusivamente no entanto, importa salientar), ambas implicam crença de quem as procura.

Crença na medicina poderá parecer algo estranho, mas, como já vimos, a antropologia médica desconstruiu o dogma da biomedicina como a panaceia para todo o sofrimento, intocável, inquestionável.

Não que medicina e religião sejam o mesmo! Não é isso que pretendo dizer, apenas que se podem aproximar, mesmo em termos de discussão teórica, muito mais do que se suporia, podendo inclusivamente ser analisadas através de um mesmo grupo conceptual. Uma aproximação teórica é possível entre o que empiricamente muitas vezes anda a par.

Isto é muito visível através dos olhos de Cristiana Bastos (2001) que faz uma pequena etnografia do percurso do Campo de Santana até ao Martim Moniz. A autora analisa, por exemplo, como, mesmo em frente à Faculdade de Medicina, toma forma um culto popular à estátua do Dr. Sousa Martins.

Através deste texto, Bastos (2001) mostra como várias formas de medicina e várias formas de religião se podem fundir respondendo a exigências sociais e contextuais. É isto que quero reter para o meu estudo no Rovisco Pais: medicina e religião podem fundir-se, apresentam variações locais, respondem às necessidades contextuais.

Assim, aplico o conceito de biomedicina de Gaines e Davis-Floyd (2004: 96) à medicina e religião: “um “sistema sociocultural”, uma construção cultural e histórica complexa com um consistente conjunto de crenças internas, regras e práticas”. Produtos sociais que se podem imiscuir, nomeadamente e em especial, em situações de doença, em situações de sofrimento. É neste seguimento que a discussão da problemática exposta é particularmente pertinente quando contextualizada no Rovisco Pais e quando mencionamos a lepra, uma doença de contornos peculiares, com uma história longa, na qual, como veremos, medicina e religião desempenham complexos papéis.

Assim, os discursos científicos utilizaram os discursos de origem religiosa para se legitimarem, “anunciando-se uma rutura epistemológica entre a religião e a ciência” (Cruz, 2008: 83).

3. Lepra, uma categoria moral

Se até agora refletimos sobre questões essencialmente conceptuais e teóricas sobre biomedicina e religião, é tempo de examinar o contexto em análise.

Para tal, surge uma doença que não é só doença. Refiro-me à lepra, clinicamente nomeada como Doença de Hansen. Uma doença infecciosa com uma longa história, ao longo da qual foi alvo de fortes conotações morais e simbólicas. Talvez nunca tendo abandonado por completo o domínio do espírito, de uma condição moral, é tardiamente medicalizada, passada para o domínio do corpo, da biomedicina, mantendo uma forte relação com a religião. Constitui-se deste modo como um vértice de análise privilegiado sobre interações entre biomedicina e religião.

A lepra, também designada por Doença de Hansen (nome do descobridor do seu agente etiológico), é uma infeção crónica, causada pela bactéria *Mycobacterium leprae* (Cruz *et al.*, 2006; WHO, 2012a; Economou *et al.*, 2013).

Pode ser classificada em três formas clínicas de acordo com a resposta imunitária do organismo: tuberculoide (resposta positiva do sistema imunitário), lepromatosa (não há resposta imunitária) e incaracterística (situa-se algures entre as outras duas formas) (Monteiro, 2003; Gould, 2005; Economou *et al.*, 2013; Matos e Santos, 2013).

O período de incubação pode variar entre os 3 e os 20 anos (WHO, 2012a). Atualmente considera-se que a doença de Hansen se transmite através de gotículas respiratórias, durante contato próximo e prolongado com casos não tratados. Embora não existam certezas (Gould, 2005; WHO, 2012a; Economou *et al.*, 2013; Matos e Silva, 2013). O seu modo de ação baseia-se na destruição progressiva e indolor dos nervos periféricos e superficiais das zonas corporais de temperatura baixa (Rambukkana, 2001 *in* Cruz *et al.*, 2006; WHO, 2012a; Economou *et al.*, 2013).

A prevalência global da doença de Hansen no início de 2011 era de 192 246 casos (WHO, 2012b). A maioria dos países onde a doença permanecia endémica conseguiu a sua eliminação a nível nacional, persistindo apenas alguns focos regionais (WHO, 2012b). Alta endemicidade é, no entanto, ainda registada em *foci* em Angola, Brasil, África Central, Índia, Madagáscar, Nepal, Tanzânia, República Democrática do Congo e Moçambique (WHO, 2012b).

Apesar do *Mycobacterium leprae* ter sido dos primeiros bacilos a ser descoberto, em 1873, mais de um século teve de decorrer para que este fosse transmitido para um animal e ainda não foi cultivado *in vitro* (Gould, 2005; Benchimol e Sá, 2003 *in* Cruz, 2008; Edmond, 2006 *in* Cruz, 2008; Matos e Santos, 2013).

Já no século XXI, em 2001, foi sequenciado o genoma do agente etiológico (Cole *et al.*, 2001 *in* Cruz, *et al.*, 2006).

Em Portugal, raros novos casos são registados, como me foi informado no Serviço de Hansen do Rovisco Pais. Casos esses apenas em indivíduos não residentes no país.

Na instituição existe ainda um hanseniano com a doença ativa, apesar dos vários esforços feitos para a curar. Este facto demonstra como, mesmo hoje, a lepra, ou doença de Hansen, não é uma patologia totalmente compreendida, apesar de ser possível de controlar.

De facto, na leprologia do século XX, em comparação com o final do século XIX, pouco ou nada se terá alterado, os desafios permaneceram os mesmos: conseguir o cultivo da bactéria em laboratório e perceber os modos de transmissão da lepra (Robertson, 2003).

Segundo Gould (2005) a própria imagem da lepra que os indivíduos da sua geração (1938) têm continua a ser a de pessoas grotescamente deformadas, alvos preferenciais para a caridade, mais uma condição de vida do que uma doença.

Será verdadeiramente assim? A lepra presa a um estado de imutabilidade quer nas imagens a que é associada, quer nos meios de a enfrentar? Isto será analisado relativamente ao Rovisco Pais, mas há algo óbvio: este era um local onde eram isolados compulsivamente doentes de lepra, agora tem outras funções principais, o serviço de Hansen é apenas um vestígio de outros tempos que tenderá a ser extinto. Alguma coisa tem de ter mudado.

A primeira alteração, óbvia, foi o abandonar de um modelo de isolamento para resposta à doença. Em 1920 várias autoridades médicas de vários países começaram a questionar a eficácia das medidas segregacionistas (Gould, 2005). Com a cura com sulfonas, que surge na transição dos anos 40 para os 50, as pessoas isoladas durante anos nas instituições começam a ter alguma liberdade e as políticas de internamento vão gradualmente sendo abandonadas (Castro e Watanabe, 2003; Gould, 2005). São consideradas obsoletas no Congresso de Tóquio (1958). Na transição para os anos 80 foi desenvolvida uma cura efetiva através da poliquimioterapia (Castro e Watanabe, 2003; Yawalker, 2002 *in* Cruz, *et al.*, 2006; WHO, 2012^a; Matos e Santos, 2013).

No entanto, mesmo com o tratamento, durante a segunda metade do século XX, muitos asilos permaneceram em funcionamento, tal como o Rovisco Pais, albergando doentes em estados avançados pelos quais as sulfonas nada podiam fazer e tantos outros

que foram institucionalizados por tanto tempo que regressar à sociedade se revelaria uma impossibilidade (Castro e Watanabe, 2003; Gould, 2005).

3.1. Doença bíblica

No entanto, se ocorreram alterações a nível clínico e profilático, não são estas as que mais me interessam no presente trabalho. O que nos interessa aqui é compreender a lepra como categoria simbólica e moral.

Enquanto tal, falamos de uma doença antiga cujas primeiras descrições podem ser encontradas na China, Índia e Egipto (Matos e Santos, 2013). Uma dessas descrições conta no *Sushruta Samhita* (escritos médicos indianos de 600 a.C.), embora existam dúvidas quanto à acuidade da correspondência entre as utilizações históricas do termo lepra e a categoria patológica a que o termo corresponde atualmente (Gould, 2005).

O termo provém do grego e deve-se a Hipócrates de Cós, no entanto é provável que este o tivesse aplicado também a outras doenças, como a psoríase (Rawcliffe, 2006 *in* Cruz, 2008; Vieira, 2003 *in* Cruz, 2008; Lechat, 2002 *in* Cruz, 2008; Economou *et al.*, 2013). Mas, volto a insistir, o que nos interessa não é a correção clínica da aplicação do termo e sim o valor moral da sua utilização e suas implicações sociais... afinal, para quem o utilizava, tudo se identificava da mesma forma: um mal visível (Foucault, 1978[1961]).

O termo perdura na história ocidental em grande parte devido à sua presença em relatos bíblicos, assim como às interpretações dadas a esses relatos. “O conteúdo simbólico da representação bíblica da lepra perdurou, historicamente, no rasto desta doença” (Cruz, 2008: 54). Segundo Cruz, a Bíblia desempenha um papel fulcral na história da doença, ao condicionar a posição social dos leprosos ao longo do tempo: “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” (2008: 57).

Alice Cruz tende, no entanto, a, mais do que associar as imagens bíblicas aos acontecimentos históricos, a associar estas imagens ao estigma. Recorrendo a dois aspetos apontados por Gould (2005) penso que não se deverá limitar ao estigma as consequências da associação da lepra às descrições bíblicas. Se o estigma terá sido, efetivamente, fortemente condicionado por esta associação, não terá causa e justificação exclusiva aí. Por outro lado, o estigma não será a única contribuição da religião para a história da lepra.

Um aprofundamento histórico e etnográfico da questão permite perceber que o estigma pode configurar-se de muitas formas, não vindo exclusivamente de imagens bíblicas. No Rovisco Pais, o estigma mais sentido pelos doentes vinha do primeiro pessoal médico a prestar serviços na instituição. Esse estigma teria raiz em imagens bíblicas ou no medo físico da infeção?

Simultaneamente, quando ninguém mais queria contactar e viver com a lepra, quando médicos receavam o toque do doente, a prestação de cuidados foi entregue à Congregação Religiosa de São Vicente de Paulo... Portanto, o estigma não terá de facto sido a única contribuição religiosa para lepra, nem se deverá exclusivamente a imagens bíblicas.

Gould (2005) apresenta-nos a opinião de Stanley G. Browne (médico missionário britânico) sobre a associação da lepra aos relatos bíblicos: apesar de esta associação se fundar num erro de tradução, a identificação da lepra com a doença bíblica não terá sido má, pois, enquanto mais ninguém se importava com os leprosos, os cristãos importaram-se e deram o exemplo. O autor considera que pode existir verdade na posição de Browne, mas não deixa de ressaltar que a dedicação religiosa à lepra não terá sido também uma “bênção pura”.

No fundo, a mensagem que pretendo transmitir, e que Gould (2005) também pretendia, é a de que não devemos olhar de uma única forma para a associação entre bíblia e lepra: não tem de ser totalmente negativa, nem totalmente positiva. Além do mais, a bíblia em si, enquanto objeto, pouco poder terá tido na formulação das imagens sociais sobre lepra, terá sido apenas a base para as interpretações religiosas que estão na base dessas imagens. Se recordarmos que tentámos definir religião como variável com o contexto, que percebemos que não é algo definido e imutável, que há uma diferença entre a religiosidade cânone, oficial, e a religiosidade local, a vivida e interpretada pela população, ainda mais perigosa e falaciosa se demonstra uma associação simples e direta entre as imagens bíblicas da lepra e as suas imagens sociais. De facto, basta tão-somente a interpretação dada aos relatos bíblicos mudar que outras imagens podem surgir, como veremos.

As imagens da lepra provenientes de interpretações bíblicas mais significativas tendem a surgir de duas *nuances* que muitas vezes se imiscuem e complementam. A lepra surge como punição e como redenção. A existência dos leprosos “é sempre uma manifestação de Deus, uma vez que, no conjunto, ela indica sua cólera e marca sua bondade” (Foucault, 1978[1961]: 10).

No Antigo Testamento, a lepra surge como a manifestação física da impureza, a punição pelo pecado (Cruz, 2008). “Na bíblia está escrito que um leproso é impuro, que um leproso deve viver em isolamento e que a sua morada deve ser fora do acampamento” (American Bible Society, 1989 *in* Levison, 2003: 226). A lepra surge como metáfora para tudo o que é impuro.

No Novo Testamento, a lepra surge para demonstrar os poderes curativos de Jesus (Cruz, 2008). Aqui, no seguimento da interpretação de Alice Cruz (2008), a lepra é a imagem da redenção em dois sentidos.

Redenção do afetado, que através da doença faz a expiação dos pecados: “o abandono é, para ele, a salvação; sua exclusão oferece-lhe uma outra forma de comunhão” (Foucault, 1978[1961]: 10).

Redenção dos que através do auxílio e compaixão para como o leproso seguem o exemplo dado por Jesus Cristo.

Enquanto manifestação visível do mal, os leprosos foram retirados do alcance do olhar, mas a sua existência não deixa de ser uma manifestação de Deus, indicando a sua cólera e a sua bondade: “meu companheiro [...] apraz ao Senhor que estejas infestado por essa doença, e te faz o Senhor uma grande graça quando te quer punir pelos males que fizeste neste mundo” (Foucault, 1978[1961]: 10). A salvação é alcançada através da própria exclusão, da penitência que é ser rejeitado, “o pecador que abandona o leproso à sua porta está, com esse gesto, abrindo-lhe as portas da salvação” (Foucault, 1978[1961]: 10). Mas a lepra é também o caminho da salvação para os caridosos, para os que não temem a proximidade com o mal e não fecham as portas à encarnação do pecado.

Como vários autores (Béniac, 1997; Gould, 2005; Cruz, 2008), considero fundamental atender a estas duas linhas interpretativas da presença bíblica da lepra para compreender alguns aspetos sobre a forma como se lidou com a doença ao longo da história, principalmente antes da medicina entrar em campo.

3.2. A doença do proscrito

Na Idade Média a lepra foi um dos flagelos europeus. A imagem do leproso medieval, documentada por várias figuras da época, ainda hoje é sobejamente conhecida: fato comprido, luvas e chapéu para ocultar da vista o seu corpo deformado; uma matraca

ou sino para se fazer anunciar; um saco para mendigar. “Uma imagem, por outras palavras, de um proscrito e mendigo, alguém a ser evitado, no melhor um objeto de caridade” (Gould, 2005: 5).

O proscrito, o excluído. No entanto qual o porquê da exclusão?

Este porquê não consistiria no medo do contágio por uma doença infecciosa e sim na repulsa do pecado, da impureza. Na Idade Média, os leprosos são afastados e excluídos não por serem doentes infecciosos, mas por serem impuros, os carregadores do mal, ou o próprio mal encarnado (Monteiro, 2003; Gould, 2005)

A lepra não se limitava a uma patologia. Na Europa, a sua associação simbólica com o cristianismo, numa época em que as forças religiosas eram preponderantes, tê-la-á transformado numa condição moral. Argumento que encaixa com a sua tardia medicalização.

Mas o leproso era também o mendigo, o pedinte. Como já mencionado, para muitos religiosos, os leprosos representavam uma oportunidade de caridade e redenção, ou mesmo uma vocação religiosa.

Existe, desde a Idade Média, um forte envolvimento de ordens religiosas com esta doença: “parece existir alguma recompensa especial por trabalhar com leprosos” (Stain *in* Gould, 2005: 10). Suportar leprosários era mesmo uma forma de caridade altamente aprovada (Douglas, 1991).

Entre 1070 e 1130 os leprosários multiplicam-se (Foucault, 1978[1961]; Béniac, 1997). Estes são relativamente pequenos e maioritariamente ao encargo de pequenas congregações religiosas constituídas por Irmãos ou Irmãs saudáveis, o estilo de vida em cada uma destas casas variava (Béniac, 1997; Gould, 2005).

Antes deste período, os relatos sobre lepra indicam uma ocorrência rara da doença, restrita às elites (Douglas, 1991; Cruz, 2008). Teria como desígnio assinalar a corrupção moral e a natureza pecaminosa de determinados indivíduos (Douglas, 1991; Cruz, 2008). Não era considerada fonte de infeção e, como tal, os leprosos tinham liberdade de movimento (Douglas, 1991). No século XII sobrepuseram-se às imagens bíblicas do pecado as “imagens medievais de pobreza, miséria e ignorância, reforçando o carácter adjectival da doença, e sinalizando-a em franjas específicas da população” (Cruz, 2008: 60). A lepra transita de uma esfera de ação individual para uma coletiva, exigindo intervenção a um outro nível (Cruz, 2008). A valoração continua a ser substancialmente moral, mas o pecado é agora dos miseráveis que, de resto, são miseráveis por serem de moral questionável. Lepra, miséria e pecado justificam-se entre si, sinonimizam-se. O pecado

condenável deixa de ser do indivíduo, do incumprimento dos dez mandamentos, para ser um pecado social - um pecador é o que se insere na massa poluente da população contribuindo para a conspurcação infecciosa da sociedade.

O estigma aqui não é bíblico, é um composto de interpretações bíblicas e medos sociais. A tomada de consciência da lepra não mais como uma ocorrência pontual e sim como um problema de massas está na origem da proliferação de leprosarias (Douglas, 1991). Os ricos e poderosos não eram mais afetados, agora quem sofria de lepra eram os vagabundos, os pedintes e os hereges, os indivíduos que representavam um estorvo para a sociedade altamente estruturada do século XIII (Douglas, 1991). A multiplicação de leprosários é assim uma forma de lidar com as categorias excluídas da organização social, de lidar com as categorias marginais... O que nos remete para outro trabalho de Douglas (1991[1966]) sobre as noções de pureza e perigo.

Os seres marginais, aqueles que ameaçam a ordem, são assim perigosos enquanto indivíduos impuros e poluentes (Douglas, 1991[1966]). Por isso são excluídos da sociedade como medida de precaução, não podendo nesta situação nada fazer para a alterar (Douglas, 1991[1966]).

Ora, se rapidamente pensarmos no Rovisco Pais e no tempo histórico em que surge, os motivos que terão conduzido à sua criação aproximar-se-ão muito mais deste medo da poluição social do que da expiação dos pecados. Mas as coisas não são assim tão simples, mais tarde lá voltaremos. Pretendo apenas lembrar como o estigma é algo complexo que não deriva apenas da bíblia. Retomemos as noções de pureza e perigo.

“A impureza é essencialmente desordem” (Douglas, 1991[1966]: 6). Esta impureza não causa poluição higiénica ou médica, “a poluição, tem, na realidade, muito a ver com a moral” (Douglas, 1991[1966]: 96).

A impureza moral está estreitamente relacionada com a religião. Ou poder-se-ia antes dizer que a moral é ela mesma como uma religião, no sentido Durkheimiano, cujo objetivo “é fazer-nos agir e ajudar-nos a viver” (Durkheim, 2008[1912]: 45). ”Assim considera Douglas (1991[1966]: 16): “a mitologia é uma espécie de bordado que enfeita as crenças mais sólidas. A verdadeira religião, desde os tempos mais remotos, está enraizada nos valores morais da comunidade.”.

Deste modo, a lepra era atribuída aos pecadores, aos impuros. O leproso é objeto de reprovação primeiro porque transpôs a linha, porque pecou, segundo porque constitui um perigo para os outros, é poluente.

A associação da lepra aos indivíduos marginais implicou uma transformação na ideia da doença: os leprosos passaram a ser considerados altamente contagiosos (Douglas, 1991).

“Qualquer objeto ou ser humano em contato com o “leproso” incorpora a sua corrupção, tornando-se, também ele, impuro.” (Cruz, 2008: 53). A lepra ocupa lugar de destaque em relação a outras doenças, marcada por forte conotação de impureza física, espiritual e moral (Cunha, 2005 *in* Mellagi e Monteiro, 2009). A lepra torna-se uma categoria simbólica.

Na continuação da Idade Média, o impuro era “expulso do espaço comum, posto fora dos muros da cidade, exilado em um lugar confuso onde ia misturar sua lepra à lepra dos outros” (Foucault, 2007[1979]: 52). “O leproso é visto dentro de uma prática da rejeição, do exílio-cerca; deixa-se que se perca lá dentro como numa massa que não tem muita importância diferenciada” (Foucault, 1999[1975]: 222). Identificado, o leproso era proscrito para fora dos limites do espaço urbano numa lógica de purificação. Excluir uns, era purificar os outros (Foucault, 2007[1979]).

O grande fechamento dos leprosos é, segundo Foucault (1999[1975], 2007[1979]), a origem de um dos grandes modelos de organização médica na história ocidental: o mecanismo de exclusão, de exílio, de forma religiosa, de purificação do espaço urbano.

O outro modelo é o da peste, imagem da desordem (Foucault, 1999[1975]; Foucault, 2007[1979]): o do internamento, da vigilância militar, o mecanismo disciplinar. Os indivíduos são distribuídos, individualizados, analisados e vigiados por um olhar constante (Foucault, 2007[1979]).

Segundo Foucault (1999[1975]), estes modelos podem traduzir-se em sonhos políticos. O grande fechamento traz consigo o sonho de uma comunidade pura, o modelo da peste traz o sonho de uma sociedade disciplinar, bem treinada, ordenada – “é a utopia da cidade perfeitamente governada” (Foucault, 1999[1975]: 222).

No século XV a endemia Europeia entra em refluxo (Foucault, 1978[1961]; Bénéac, 1997). É no século XV que “o vazio se estabelece por toda parte” (Foucault, 1978[1961]: 7).

Na imaginação europeia, a lepra é agora uma doença tropical (Bénéac, 1997). “A doença assomou como um marcador que diferenciava o corpo do colonizador do corpo do colonizado. [...] Era, por excelência, uma doença do Outro “primitivo”.” (Cruz, 2008: 61).

Mais uma vez, a lepra assinala e distingue o outro, remetendo-o para o exterior, para lá dos limites da sociedade. Mais tempo do que a lepra, permanecem “os valores e as

imagens que tinham aderido à personagem do leproso” (Foucault, 1978[1961]: 9) disponíveis para outras “ameaças” (como a loucura, defende Foucault na *História da Loucura na Idade Clássica*), ou para um retorno. E, de facto, de uma realidade distante e exclusivamente tropical a lepra voltaria a tornar-se uma ameaça próxima.

3.3. Medicalização: exclusão e disciplinas

Durante muito tempo a lepra não foi sequer tida em conta como uma doença “médica”, não aparecia nos currículos médicos e apenas interessava aos profissionais de saúde com interesses religiosos (Gould, 2005). O interesse biomédico na doença terá surgido apenas na segunda metade do século XIX (Gould, 2005).

Na Noruega, no século XIX localizavam-se alguns dos focos restantes de lepra. Assim, foi neste país, mais especificamente em Bergen, que a leprologia moderna nasceu (Cruz, 2008). A leprologia moderna emerge em paralelo com a medicalização da lepra e com o debate sobre a sua origem (hereditária ou contagiosa).

O médico Daniel Cornelius Danielssen, considerado o pai desta nova leprologia, em conjunto com Carl Wilhelm Boeck, redigiu aquela que é considerada a primeira descrição científica da lepra (Cruz, 2008).

Neste impulso, a Noruega torna-se pioneira quer na tentativa da compreensão médica e científica da doença, quer na criação de políticas profiláticas (Gould, 2005).

Em 1873, Hansen identificou o agente etiológico da lepra, a bactéria *Mycobacterium leprae* (Monteiro, 2003; Pandya, 2003; Gould, 2005; Economou *et al.*, 2013).

Para Alice Cruz (2008) e Yara Monteiro (2003) este foi o acontecimento que estabeleceu o arranque decisivo do processo de medicalização da lepra. Penso, em sintonia com a argumentação de Gould (2005), que será sobrevalorizar o impacto que a descoberta teve na época quer a nível científico, quer em termos de imaginário social. A medicalização da lepra nem precisará de um ponto de origem, é um processo resultante da intervenção de vários autores e acontecimentos.

Ocorre que o debate do século XIX sobre se a doença seria contagiosa ou hereditária não foi considerado resolvido com a descoberta de Hansen, o que ilustra a relatividade do

impacto que a descoberta teve na sua época. Maior peso terá tido a contribuição de Hansen na estruturação de um modelo profilático baseado no isolamento de doentes.

Poder-se-á considerar, como Foucault (1999[1975], 2007[1979]), que a medicalização da lepra ocorre, assim, não apenas pela transformação do saber e práticas médicas, mas pelo seu cruzar com a disciplina do espaço hospitalar.

Um outro acontecimento que se releva, principalmente na influência que teve em termos de imaginário social da doença, foi o episódio do Padre Damião.

Damião era um padre de origem belga que contraiu lepra na colónia de Molokai, no Hawai (Pandya, 2003; Cruz, 2008). A sua morte em 1889 despertou os fantasmas medievais da lepra na Europa (Pandya, 2003; Gould, 2005; Cruz, 2008). Este episódio é um exemplo paradigmático, mas não terá sido o único a contribuir para a transição, no final do século XIX, da lepra de uma “doença imperial” para um “perigo imperial”.

Em termos de opinião pública, o que sucedeu com o Padre Damião é a prova de que a lepra é contagiosa, o que desperta uma verdadeira “leprafobia” (Pandya, 2003; Gould, 2005). A lepra torna-se uma ameaça com a expansão imperial e consequente mobilidade populacional (Cruz, 2008).

A incrementada preocupação pública com a doença leva a que se olhe para a experiência norueguesa (Cruz, 2008). Da crescente necessidade e apoio internacional a medidas profiláticas para contenção da lepra surge a Primeira Conferência Internacional sobre Lepra em 1897, em Berlim (Pandya, 2003; Cruz, 2008).

É com o intuito de internacionalizar o combate à lepra, enquanto ataque aos países civilizados, através de medidas raciais segregacionistas que Goldschmidt e Ashmead encetam uma primeira tentativa de organização de uma conferência internacional (Pandya, 2003).

A corrida à conferência é, no entanto, ganha por Abraham, com o apoio determinante de Hansen, conhecido pela descoberta do bacilo *M. leprae*, mas, relembro, na altura, principalmente pelo sistema segregacionista voluntário de profilaxia da lepra que instituiu na Noruega (Pandya, 2003). A conferência acaba por ganhar um tom muito mais científico e médico do que teria na tentativa de Goldschmidt e Ashmead (Pandya, 2003).

Pandya (2003) demonstra com o seu trabalho sobre a primeira conferência que as ideias sobre a lepra, os seus modos de transmissão e os métodos profiláticos a adotar estavam longe de ser consensuais neste final do século XIX. Apesar de tudo, as tendências dominantes na leprologia dos anos seguintes foram definidas nesta conferência: a teoria do contágio e a competência do modelo profilático norueguês (Pandya, 2003; Cruz, 2008).

Uma política de isolamento compulsivo foi delineada na Segunda Conferência Internacional, em 1909 em Bergen (Monteiro, 2003; Cruz, 2008). Esta política foi adotada na maioria dos países endémicos (Monteiro, 2003).

Sem cura disponível e tendo como prognóstico provável a morte, a segregação dos doentes revelou-se o método por excelência adotado por autoridades de saúde pública para controlo da lepra (Castro e Watanabe, 2003; Levison, 2003; Monteiro, 2003).

Mas o modelo agora não era apenas de exclusão, como havia sido na Idade Média. A leprologia moderna funcionava de um modo duplo: o da divisão, do exílio, como já ocorrera, mas também o da compartimentação, caracterização, análise e observação constante. Grande fechamento e modelo disciplinar aliam-se. “De um lado, “pestilentam-se” os leprosos; impõem-se aos excluídos a tática das disciplinas individualizantes; e de outro lado a universalidade dos controles disciplinares permite marcar quem é “leproso” e fazer funcionar contra ele os mecanismos dualistas da exclusão.” (Foucault, 1999[1975]: 223). De resto, segundo Foucault (1999[1975], 2007[1979]), como já foi referido, a introdução de mecanismos disciplinares no espaço hospitalar permite um processo de medicalização. No caso da doença em análise o surgir de “leprosarias disciplinares” está sem dúvida fortemente associado ao processo da sua medicalização.

Mesmo a própria exclusão já não é a mesma. O medo, o estigma não assentam no pecado ou corrupção moral. O inimigo tem outra face, um bacilo, o medo e a exclusão radicam no receio de uma entidade poluente (relembrando Douglas (1991[1966])). A exclusão que agora se faz é a da doença do espaço público, não a de indivíduos moralmente questionáveis.

Com o fervor moderno de limpar o espaço público, o isolamento era muitas vezes involuntário e de duração indeterminada (Levison, 2003). Nas colónias (leprosarias) “os pacientes, privados de direitos básicos de cidadania, eram vigiados, controlados e governados por leis específicas.” (Castro e Watanabe, 2003: 450).

Ainda no final do século XIX e início do século XX verificou-se uma proliferação de leprosarias em diversas localizações mundiais (Cruz, 2008). Estas, em contraste com as medievais, são de grandes dimensões, em menor número, e padronizadas internacionalmente.

Este quadro profilático tem profundas repercussões na identidade dos doentes e na sua relação e perceção do mundo (Levison, 2003). Levison (2003) considera mesmo que a sua única conexão com a sociedade era através de organizações religiosas, que curiosamente não desaparecem do panorama com o impulso moderno de profilaxia e

medicalização da doença. Mesmo no Rovisco Pais, embora tardiamente contruído em relação aos seus pares, num período inicial, como veremos, os doentes consideram que a sua única fuga de um estado de isolamento e total controlo são as Irmãs.

3.4. Estigma, medicina e religião

Com a medicalização da lepra, com a adoção do isolamento em leprosarias modernas como medida profilática... que lugar ocupa agora a religião? Afinal poder-se-ia supor que o seu lugar explicativo, interpretativo e nos cuidados prestados em relação à lepra teria sido substituído...

Para Cruz (2008) a presença religiosa na modernidade continua a fazer-se sentir através do imaginário da lepra. Nas suas palavras: “na representação moderna da lepra, é possível detetar a persistência do espectro de uma doença bíblica, no qual se entalha a personagem do “leproso” medieval.” (2008: 51).

A autora considera que, apesar da rutura epistemológica declarada pela ciência médica, pela leprologia, em relação à representação religiosa da doença são detetáveis elementos da mesma “na construção do modelo explicativo e interventivo da primeira” (2008: 82).

No entanto, como ainda Alice Cruz (2008) descreve, a leprologia moderna utilizou a memória histórica da leprologia medieval fazendo-se opor a esta. Assim, os discursos científicos utilizaram os discursos de origem religiosa para se legitimarem, “anunciando-se uma rutura epistemológica entre a religião e a ciência” (Cruz, 2008: 83).

Neste seguimento, considero que a posição de Gould (2005) faz sentido: os escritores médicos dos séculos XIX e XX terão reconstruído a Idade Média de modo a conseguir justificação histórica para a sua própria prática de segregação dos doentes de lepra. Processo de auto legitimação comum da biomedicina. Como já antes foi explorado, esta tende a legitimar-se por oposição a concepções religiosas.

Então, se era apresentada como oposto, como pode considerar a autora que a representação religiosa da doença está presente no discurso e imaginário moderno? “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.” (Cruz, 2008: 86).

Como já tenho vindo a argumentar esta é uma associação demasiado redutora. O estigma e exclusão moderna não são o produto de uma imagem bíblica. Essa imagem não é o espectro omnipresente em toda a história representacional da lepra. O universo interpretativo da doença é muito mais intrincado do que isso, é multifatorial e complexo, não é contínuo, é específico em termos históricos. Ora, Levison (2003: 225) diz-nos que “dos tempos bíblicos ao período moderno, a hanseníase tem sido associada a estigmas.”. Saliento o plural: “estigmas”.

Será o estigma em relação à lepra apenas um, *continuum* temporalmente e com origem nas representações bíblicas? Ou terão sido, ao longo da história da lepra, vários os estigmas, várias as representações desta, construídas através de diversas fontes, diversos idiomas, diversos sentidos particulares, podendo haver elementos de um noutro, mas não existindo necessariamente um *continuum*, nem espacial nem temporal, ou uma origem?

A segunda posição parece fazer mais sentido. Recorrendo ao conceito de cultura de Geertz (1973): a lepra está envolta por uma teia de significados.

Não se deve atribuir toda a responsabilidade do comportamento estigmatizante face à lepra à bíblia ou à religião. Ambas são fontes de interpretações que adensaram e são detetáveis em várias representações da lepra, mas não são exclusivas nem coesas no tempo ou no espaço. No Rovisco Pais veremos como os significados e interpretação da doença se alteram ao longo dos anos e como varia mesmo entre as “personagens” que integram a instituição.

4. Rovisco Pais

4.1. Pelos leprosos, contra a lepra: um programa profilático

Segundo Bissaya Barreto (1938c), na primeira metade do século XX, Portugal era o país Europeu com maior número de doentes de Hansen. Doentes que apenas poderiam recorrer ao Hospital Joaquim Urbano no Porto ou aos Hospitais Civis de Lisboa (Silva, 1962).

Considerando a lepra como “o mal sujo e imundo dos antigos”, vai iniciar, em Fevereiro de 1938, no jornal *A Saúde*, da Junta de Província da Beira Litoral à qual presidia, uma campanha com o objetivo de pôr fim à doença em território nacional (Silva, 1962). A campanha é intitulada “Pelos Leprosos, Contra a Lepra”.

Esta campanha, em defesa das “classes que trabalham” (Barreto, 1938b: 3), vai traçar e levar à concretização de uma política profilática da lepra em Portugal.

Esta seria uma necessidade urgente do país. A lepra, à semelhança da tuberculose, era considerada um prejuízo a nível capital, reduzindo o número e produtividade da classe trabalhadora. Era ainda considerada um indicador do nível civilizacional de uma nação.

A lepra é desde há muito um problema de massas, não de elites. Se na Idade Média a doença era associada a grupos sociais pobres, ignorantes, miseráveis, agora essas mesmas imagens transferem-se para o país. A força moral da lepra adquire significado numa macro escala: se um país tem problemas com a lepra é um país inculto, atrasado, pobre. A acumulação de homens, de corpos, de forças de trabalho, gera capital (Foucault, 1999[1975]), se os corpos estão doentes, a força de geração de capital de um país está lesada.

O corpo é, seguindo Foucault (2007[1979]), uma realidade biopolítica. O controlo na sociedade capitalista começa precisamente pelo corpo, força de produção, e, nesse sentido, a medicina constitui uma estratégia biopolítica (Foucault, 2007[1979]). Se a doença enfraquece os corpos, a medicina deve fortalece-los e conduzi-los a uma maior produtividade. Os corpos são assim a riqueza e o espelho de um país.

Nas palavras de Bissaya Barreto (1938c: 4) “não podemos esquecer que se avalia o grau de civilização dum Povo pela assistência que ele dá aos seus Leprosos.”. E Portugal era o único país europeu onde não existia tal assistência (Barreto, 1938c).

Como já referi, a doença é associada desde logo ao passado, aos antigos, à Idade Média, tomada como referência para apresentar o que seria uma posição moderna e

higienista em relação a ela. Bissaya Barreto (1938a: 3) esclarece prontamente que “a lepra não é um castigo dos deuses, nem pode constituir nos dias de hoje um estigma infamante”. Pelo contrário, os doentes são apresentados como vítimas, merecedores de carinho e “caridade cristã” (Barreto, 1938a). Vítimas de quê? De um mal sujo, de um bacilo poluente, de uma ameaça imunda aos modos apropriadamente limpos e higiénicos da modernidade.

Repleto de metáforas bélicas (Sontag, 1988; Bastos, 2011) o discurso de Bissaya aponta como inimigo a ser combatido a lepra, não o leproso. A guerra é “contra estes infinitamente pequenos, que são os micróbios” (Barreto, 1938b: 3). A ação profilática deverá assim ser “pelos leprosos, contra a lepra”.

Também os métodos profiláticos não devem ser os medievais, e sim os modernos trazidos pela ciência e experiência (Barreto, 1938a). Não basta isolar os doentes em gafarias: um dispensário é fundamental, permitindo descobrir e classificar leprosos, estudar e selecionar famílias, tratar curáveis e isolar incuráveis (Barreto, 1938a; Barreto, 1938e). Vigilância e exclusão.

A ideia do dispensário virá a dar origem às Brigadas Sociais e às Brigadas Médicas (Barreto, 1960). Uma forma de arrumar, categorizar, controlar os indivíduos num sistema de vigilância e inquérito (Foucault, 1999[1975]). Os indivíduos que se desviam da norma, ou seja, os contagiosos, são enviados para o hospital, onde permanecerão isolados e sujeitos a um dispositivo disciplinar.

Mas o controlo é feito de forma subtil, o dispensário tem a “vantagem” de, sabendo o doente que não é sequestrado mal lhe seja diagnosticada a doença, apresenta-se ele mesmo às autoridades assim que lhe surjam os primeiros sintomas (Barreto, 1938b). “O isolamento só deve ser imposto aos leprosos contagiosos.” (Barreto, 1938a: 4).

Assim, o dispensário é fundamental mas não chega, é necessária uma instituição de internamento dos infetados contagiosos (Barreto, 1938a; Barreto, 1960). Uma instituição que permita não só a profilaxia, tratamento e defesa da sociedade, mas também a investigação científica da doença e o ensino e educação médica (Barreto, 1938a; Barreto, 1938e). “Urge, pois, criar um internato de leprosos” (Barreto, 1938a: 5).

Estava lançada a pedra angular para o que viria a ser o Hospital-Colónia Rovisco Pais. Mas, tal como perante os primeiros sintomas o doente se deve dirigir ao dispensário, também o doente contagioso não deve fugir do internamento. Bissaya (1938b: 4) pretende que o leprosário seja um espaço simpático e acolhedor, “uma ridente aldeia, alegre, cheia de higiene e até com uma certa beleza”. O objetivo seria que “os doentes fujam para o leprosário, não [...] que os doentes fujam do leprosário” (Barreto, 1938c: 4). Os doentes

deverão ser tratados com carinho e ternura, deverão receber assistência médica mas também assistência moral (Barreto, 1938b).

Como já vimos, na década de 20, autoridades médicas de vários países começam a questionar a eficácia das medidas segregacionistas. Com a cura com sulfonas a surgir na transição dos anos 40 para os 50 os internados começam a receber alta. No entanto, isto não foi o que ocorreu em Portugal. Bissaya Barreto (1960: 20) rejeita a libertação dos internos considerando que “os argumentos invocados nos outros países a favor do abandono do isolamento compulsivo, não têm valor entre nós”, por um lado, porque “entre nós” o internamento nunca foi “sinónimo de enterro em vida”, por outro, porque considera o não isolamento dos contagiantes perigoso. Perigoso para a saúde da população em geral que pode ser contaminada, sente-se mais uma vez o conceito de perigo associado ao de impureza, neste caso física.

Ou seja, o impuro não é perigoso em termos morais, mas por colocar em risco a saúde física da população, por representar risco de contágio e alastramento de uma doença. Esta é uma noção de impuro claramente diferente da medieval, em que o perigoso era o de moral questionável, o desviante, o que ameaçava a ordem. Fruto dos esforços do Professor Bissaya Barreto, é aprovado ao dia 15 de Novembro do ano de 1938 o decreto-lei nº29.122, criando a Leprosaria Nacional Rovisco Pais, que segue o “modelo de isolamento norueguês” e as orientações da Primeira e Segunda Conferências Internacionais sobre Lepra em Berlim, 1897 e Bergen, 1909, respetivamente (Barreto, 1938f; Barreto, 1938h; Silva, 1962; Cruz, 2008; Xavier, 2011). A obra deve o seu nome à herança cedida por Rovisco Pais ao Estado com vista a ser aplicada numa obra de assistência (Barreto, 1938g).

Esta é apenas uma das muitas obras que Bissaya leva a cabo na zona centro do país. Nascido no seio de uma família burguesa, desde cedo demonstrou capacidades extraordinárias, destacando-se na Universidade de Coimbra, onde viria a ser professor (Namora, 1997; Sousa, 1999). É também durante a sua vida académica que se interessa por política, associando-se a movimentos maçónicos (Sousa, 1999). Movimentos que acabaria por deixar ao, após a implementação da república a 5 de Outubro de 1910, ser eleito deputado à constituinte (Sousa, 1999).

É durante o período de Ditadura Militar que Bissaya é nomeado, em 1927, para integrar a comissão administrativa da Junta Geral do Distrito de Coimbra (Sousa, 1999). Como presidente da Junta, Bissaya vai orientar a construção de uma série de instituições de assistência e estabelecimentos de saúde (Sousa, 1999). É neste período que encabeça a

luta nacional pela saúde infantil, tuberculose, lepra e loucura, em parte através da publicação do jornal *A Saúde*.

Para além das suas funções políticas e académicas, Bissaya nunca deixou de exercer as tarefas de médico e cirurgião de norte a sul do país sem preocupações com pagamentos (Namora, 1997). É por este motivo que Bissaya acabaria eventualmente por travar conhecimento com as Irmãs de São Vicente de Paulo.

A 25 de Março de 1928 é eleito o candidato único a Presidente da República General Óscar Carmona, que nomeia para Ministro das Finanças Oliveira Salazar, amigo de Bissaya desde os tempos de faculdade (Sousa, 1999). Cinco anos depois, com uma nova Constituição, inicia-se o período do Estado Novo (Sousa, 1999; Nunes, 2003).

Em 1931 Bissaya adere à União Nacional, afastando-se, a nível partidário, cada vez mais dos seus ideais políticos de juventude, No entanto, consegue assim cumprir o seu objetivo de permanecer na presidência da Junta Geral do Distrito de Coimbra, continuando a sua obra de educação e melhoria aos níveis da saúde, higiene e profilaxia (Sousa, 1999).

É na qualidade de presidente da Junta de Província da Beira Litoral, que, em 1938, Bissaya, num grupo que incluía, entre outras autoridades, o Ministro do Interior, visita e acaba por escolher a localização para a Leprosaria Nacional (Barreto, 1938c; Barreto, 1956; Silva, 1962; Barreto, 1972). O local é uma quinta perto da Tocha, concelho de Cantanhede (Barreto, 1938c; Barreto, 1956; Silva, 1962; Barreto, 1972). A “Quinta da Fonte Quente”, que pertencera aos frades Crúzios de Coimbra, tinha de área cerca de 140 hectares que incluíam pinhais e bons terrenos agrícolas (Silva, 1962; Barreto, 1972).

A esta quinta foram anexadas duas outras de menores dimensões: a da Tapada com 10 hectares, contígua, e a da Guardiosa (1,5 hectares), próxima (Silva, 1962).

Este terreno é considerado por Bissaya (1938c: 4) “um achado” devido à sua situação geográfica, condições climatéricas, área, características do terreno, localização relativamente a outros centros populacionais e vias de comunicação.

Situada na zona central do país, a quinta encontrava-se equidistante da periferia dos distritos com maior incidência de lepra (Coimbra, Leiria, Aveiro e Viseu), sem, ainda assim, se encontrar demasiado próxima de grandes populações (Barreto, 1938g; Silva, 1962). Os acessos eram fáceis, através da estrada nacional nº 109 (Silva, 1962).

As características do terreno vão também de encontro ao ambiente idealizado por Bissaya (1938d: 7): “acolhedor, sorridente onde as flores não faltem, a vegetação abunde, a água seja a jorros, de maneira a criar-se um meio, que dê ao doente, logo à sua entrada, uma impressão de aprazimento e de beleza.”. A Quinta em questão tem lagoas das quais

partem canais, uma extensa mata, terrenos de cultura aproveitáveis quer para jardins, quer para hortas (Barreto, 1938d).

A 1940 toma posse a comissão de obras formada pelo Engenheiro Maçãs Fernandes, pelo Arquiteto Carlos Ramos e por Bissaya Barreto, a quem coube o cargo de presidente (Silva, 1962; Barreto, 1972). No mês de Janeiro do ano seguinte são iniciadas as construções (Silva, 1962; Barreto, 1972).

Em Agosto de 1947, termina a primeira e grande fase de construção, são publicados os decretos n^{os} 36.450 e 36.451: cria-se o Instituto de Assistência aos Leprosos, é estabelecido o regime jurídico de combate à doença, é definida a organização da recém-construída instituição, nomeada como Hospital-Colónia Rovisco Pais (Diário da República, 1947; Silva, 1962).

A inauguração é feita em Setembro de 1947, no mesmo mês em que as portas da instituição são abertas; os primeiros doentes chegam no primeiro dia de Outubro (Silva, 1962).

A instituição é constituída por um grande número de edifícios distribuídos por três zonas fundamentais: zona sã, zona intermediária e zona infetada (Barreto, 1956; Barreto, 1972).

A zona sã, a 500 metros da infetada e separada desta pela EN109, é formada pelas residências dos servidores da instituição (Barreto, 1956; Silva, 1962; Barreto, 1972). Na zona intermediária, a 2km da zona infetada, na Quinta da Guardiosa, localizam-se a Creche e o Preventório, com o fim de albergar os filhos não contagiados de doentes (Barreto, 1956; Barreto, 1960; Silva, 1962; Barreto, 1972). A zona infetada é a mais extensa e destina-se aos doentes (Barreto, 1956; Silva, 1962; Barreto, 1972).

A traça arquitetónica dos edifícios, por intervenção de Bissaya Barreto junto do arquiteto Carlos Ramos, teve como inspiração o edifício de férias dos Frades Crúzios conhecido como “Conventinho” (Barreto, 1956; Silva, 1962; Xavier, 2011). Este é o único edifício que não foi de construção nova e tornou-se a habitação da comunidade religiosa de S. Vicente de Paulo (em serviço aos doentes), bem como o local onde ficaram instalados os serviços administrativos e social, a biblioteca e o arquivo médico (Silva, 1962).

A zona doente é dividida em lado norte, para homens, e lado sul, para mulheres (Silva, 1962; Barreto, 1972). Para os casos em que vários elementos da mesma família são infetados, existem cinco bairros ou núcleos familiares, com dezassete moradias cada (Silva, 1962; Barreto, 1972). Numa zona mediana entre os lados norte e sul localizam-se os

edifícios comuns: hospital, capela e serviços administrativos (Barreto, 1956; Silva, 1962; Barreto, 1972).

Na zona doente destaca-se um edifício em particular, pela sua originalidade: a capela (Silva, 1962). Concebida por Bissaya Barreto, esta tem duas naves completamente independentes, cada uma destinada aos doentes de um sexo, mas um só altar (Silva, 1962). As pessoas saudáveis dispõem ainda de lugares separados dos destinados aos doentes (Silva, 1962).

A higiene e a saúde pública, segundo Foucault (2007[1979]) instâncias de controlo social e poder político por excelência, eram consideradas por Bissaya (1938g: 3) como meios de elevada importância para “valorizar o [...] capital humano e aumentar e melhorar o seu rendimento”. Assim, defensor da medicina social e higienista, Bissaya Barreto procurou, através de diversos meios, educar o povo, controlando o seu meio físico e social com o objetivo de melhorar e promover a saúde das populações (Xavier, 2011).

Neste sentido, o modelo escolhido para a Leprosaria Nacional é o de colónia agrícola. Nas palavras de Bissaya Barreto (1972: 223), “escolheu-se o tipo Hospital-Asilo-Colónia porque dele fazem parte instalações apropriadas a receber doentes nas diferentes fases da evolução, de modo que é possível escolher-se sempre o ambiente que maiores vantagens ofereça aos doentes e aplicar-se ali a terapêutica de maior eficiência.”. Um hospital para o tratamento da doença, um asilo para os incuráveis e uma colónia agrícola para os possibilitados de trabalhar (Barreto, 1938g).

Terrenos férteis para cultura e áreas livres permitiram que os doentes se ocupassem com atividades laborais e lúdicas, criando uma vida social autónoma do exterior e, assim, evitando fugas dos doentes (Xavier, 2011). O modelo escolhido para o Rovisco Pais possibilitou o controlo não só físico, como também moral dos doentes (Xavier, 2011).

Para Bissaya o trabalho é uma fonte de disciplina e energia moral, fazendo esquecer a doença e afastando o ócio, “mãe de todos os vícios” (Barreto, 1956: 24): “diz-se que a ociosidade é a mãe de todos os vícios, diremos mais que a perigosa ociosidade destes doentes gera revoltas sem causa, pessimismos destruidores, cria um estado de sobressalto e inquietação perturbadores inteiramente da vida das gafarias. A observação mostra que o enfermo ocupado é enfermo resignado e dócil” (Barreto, 1970). “É mister para que haja disciplina e ordem numa leprosaria, que os doentes tenham a sua atividade ocupada pelo trabalho” (Barreto, 1941: 2).

O trabalho é ainda fonte de força física, fortificando o corpo e ajudando deste modo na recuperação (Barreto, 1956).

A manutenção da instituição era mesmo assegurada pelos doentes que, embora sendo remunerados, apenas poderiam aceder ao dinheiro em ocasião de alta (Cruz *et al.*, 2006).

Por outro lado, as atividades lúdicas eram variadas: clubes recreativos, grupos folclóricos, campos e equipas desportivas, grupo de teatro... Através do lazer educa-se e constrói-se uma vida “calma e tranquila” (Barreto, 1956: 29). É necessário que o doente não se sinta torturado para que não fuja (Barreto, 1970).

A par da ergoterapia, Bissaya (1941: 2) é assim também defensor da ludoterapia: “torna-se indispensável facultar aos leprosos um certo número de distrações que contribuam para atenuar e adoçar o regime de internamento”. “É indispensável mesmo, para que a vida no Hospital Rovisco Pais decorra tranquila e disciplinada, que os doentes se sintam bem-dispostos e alegres, facilitando-lhes a organização de uma vida social, onde não falte a música, o teatro, o cinema, o desporto e o próprio trabalho. O espírito do doente tem de estar sempre absorvido pela ergoterapia ou pela ludoterapia.” (Barreto, 1970: 527).

Independente, autossuficiente e isolado do exterior, o Hospital-Colónia constitui o que Goffman (1961: 11) designou por instituição total: “uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada”.

Simultânea ao isolamento do exterior há uma compartimentação interna, traduzida na própria organização do espaço, uma ordenação e catalogação dos doentes a vários níveis, um poder disciplinar exercido no sentido da regeneração dos corpos e da moral, recuperando conceitos de Foucault. Um poder disciplinar que ao mesmo tempo permite a formação de saber sobre os corpos e os indivíduos. É a “utopia da cidade perfeitamente governada” (Foucault, 1999[1975]: 221) concretizada.

O programa profilático e terapêutico para a lepra concebido por Bissaya acabou assim por incluir os seguintes pontos (Barreto, 1960):

1. Isolamento dos contagiantes;
2. Vigilância dos suspeitos através das brigadas médicas e dos dispensários;
3. Isolamento das crianças filhas de doentes;
4. Tratamento dos não contagiantes através das brigadas médicas e dos dispensários;
5. Ergoterapia e ludoterapia para os internados;

6. Promoção da recuperação e readaptação dos curados no Hospital Rovisco Pais;
7. Educar, modificar e humanizar o conceito geral sobre a lepra;
8. Através de brigadas sociais, assistir as famílias dos doentes;
9. Perceber a existência de condições especiais em cada região relacionadas com o aparecimento da lepra;
10. Albergar os inválidos, os mutilados e os deformados;
11. Investigação científica da doença.

Este é um programa abrangente que procura a higienização da sociedade portuguesa tanto através do isolamento dos contagiantes, da eliminação do impuro, como através da educação. Um programa que visa uma vigilância e controlo contante da população através das brigadas e dos dispensários. Que retira indivíduos da sociedade inserindo-os num outro sistema organizado, autónomo e total, perfeito na sua estrutura, na produtividade e manutenção através do trabalho dos doentes, na criação de uma ambiente acolhedor e desejável através do espaço e da ludoterapia.

Mas este é também um programa que procura a medicalização da lepra, pois a “biomedicina instancia a ideia da tradição ocidental de progresso” (Kleinman, 1997: 34). Assim, as suas diretivas contemplam a investigação científica, legitimando todo o programa como um arauto do progresso e da modernidade e fazendo-o opor à leprologia medieval. Nas palavras de Bissaya Barreto (1970: 633) esta é uma obra materialmente encantadora “mas o que mais nos impressiona nesta obra maravilhosa é a feição humana que a reveste./ O ferrete e a matraca são uma recordação longínqua dum passado abominável./ O gafanho ignominioso da Idade Média já não existe./ Hoje os leprosos são gente como nós, apenas com a diferença se serem muito mais felizes.”.

O Rovisco Pais é utilizado a nível nacional como um exemplo de modernidade científica. Em 1962 o início da publicação da revista *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, tendo como lema “A lepra domina-se, o hanseniano reabilita-se”, perpetua os ideais da medicina social que estão na génese do Hospital-Colónia.

Uma campanha de contornos idênticos ocorreu no Brasil através da figura de Achilles Lisboa, durante o governo de Vargas na década de 30 (Leandro, 2009). O título de uma das suas publicações, “Pela pátria, contra a lepra, o mais perigoso dos seus inimigos”, além de claramente lembrar o estilo da campanha de Bissaya, transparece também a visão da lepra como um inimigo do progresso. É neste contexto que começa a

ser promovido o isolamento dos doentes em colónias distanciadas de centros urbanos, com vista à segurança da população saudável, da manutenção de uma “mão-de-obra sadia” (Leandro, 2009: 439).

Também o discurso propagandista de Bissaya apresenta um programa profilático e terapêutico como o veículo que traz a ciência, portadora do progresso ao cenário da lepra, até aí da responsabilidade exclusiva da Igreja (Barreto, 1970).

Ainda assim, a igreja não terá desaparecido do cenário nacional no acompanhamento dos doentes de Hansen.

Inicialmente, a responsabilidade pelos serviços de enfermagem e manutenção do Hospital-Colónia foram atribuídos às Irmãs da Ordem de São Vicente de Paulo. De acordo com o Art. 11º do decreto 36:551 de Agosto de 1947: “a direção, mediante acordo aprovado superiormente, poderá confiar a religiosas, no todo ou em parte, os serviços de enfermagem, cozinha e economato” (Diário da República, 1947: 755). A direção era constituída, hierarquicamente do superior ao inferior, por um diretor, um administrador, pelo chefe da secretaria, tesoureiro e chefe dos serviços agrícolas (Diário da República, 1947). Embora esta comissão fosse considerada autónoma técnica e administrativamente, respondia à orientação superior do Instituto de Assistência aos Leprosos, entidade máxima de coordenação da ação profilática e terapêutica da lepra (Diário da República, 1947).

As Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo, Filhas da Caridade, Irmãs de São Vicente de Paulo, Irmãs de Caridade ou simplesmente Vicentinas tornaram-se assim portadoras da “caridade cristã” tantas vezes referida por Bissaya Barreto.

4.2. Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo

Se tivermos em conta que Bissaya Barreto, personagem indissociável do nascimento do Hospital-Colónia Rovisco Pais, era um republicano agnóstico, a presença das Filhas da Caridade no Rovisco Pais levanta várias questões.

A posição pessoal de Bissaya face à religião contrastava com os ideais do Estado Novo. “A adesão da generalidade das consciências aos princípios de uma única religião e aos ditames de uma única moral (a Católica), insistiu Salazar, foi, através dos séculos, um dos mais poderosos fatores de unidade e coesão da Nação Portuguesa” (Martins, 2000: 5). Por isso, a Constituição Política Portuguesa de 1933 aceitou e reconheceu a Igreja Católica,

enquanto responsável pela Religião Católica, considerada a “Religião da Nação Portuguesa”.

Mas mais importante no aprofundamento de vínculos entre Igreja e Estado foi, segundo Martins (2000), a Concordata de Maio de 1940. Apesar de classificada como “Concordata da separação”, a Igreja Católica foi de novo aceite pelo poder político, recebendo proteção estatal e direito de propriedade; Foi considerada fundamental na “missão civilizadora” do país (Martins, 2000). “A hierarquia católica ascendeu ao primeiro escalão das personalidades nacionais; e a Igreja Católica e o Estado Português caminharam lado a lado.” (Martins, 2000: 5). Apesar de a Concordata decretar a separação oficial entre Igreja Católica e Estado Novo, “em relação a muitas intervenções, até se pode afirmar [...] que em Portugal existiu [...] um único poder” e não dois poderes distintos (secular e religioso) (Martins, 2000: 7).

O Estado Novo pugna por novos valores, procurando educar a população portuguesa numa moral nacionalista, corporativa e cristã (Nunes, 2003). Não podemos deixar de referir a trilogia de ideais do Estado Novo: Deus, Pátria, Família.

As prioridades de Bissaya Barreto parecem ser no entanto outras: saúde e progresso científico e social. Participa no I Congresso da União Nacional defendendo a necessidade de Portugal se desenvolver no campo da Medicina Social (Sousa, 1999). As “bases sólidas” sob as quais considera que o país deveria organizar a sua medicina acabam por ser as premissas que guiaram toda a ação de Barreto à frente da Junta: “1. A despistagem do doente; 2. Medidas de saneamento, que defendam o indivíduo são do contagioso, que deem habitações salubres e higiénicas, que promovam desinfeções, etc.; 3. A educação das famílias; 4. A assistência sob todos os aspetos aos doentes, às famílias e aos filhos.” (Barreto, 1935: 138 *in* Sousa, 1999: 160).

Do excerto apresentado emanam as preocupações da Medicina Social com uma assistência não só física, como também intelectual e moral, mas também preocupações higienistas com a salubridade do ambiente. Medicina social e higienismo são, claramente, paradigmas que guiam a ação da política contra a lepra no Hospital-Colónia Rovisco Pais. Ao defender a medicina social, Bissaya destaca-se ainda de outras conceções defensoras de uma “assistência pública do tipo social católico” (Sousa, 1999: 164).

Todavia, Bissaya parece aproximar-se de uma colaboração com a religião ao impulsionar a criação da Escola Normal Social pela Congregação de Franciscanas Missionárias de Maria, em 1937, de onde saíam formadas assistentes sociais e enfermeiras visitadoras (Sousa, 1999). A especificidade de enfermeira terá surgido por influência de

Bissaya Barreto, presidente da entretanto denominada Junta de Província da Beira Litoral (Sousa, 1999). A Igreja é de resto uma influência preponderante no modelo assistencialista Europeu, nomeadamente pela sua orientação moral (Sousa, 1999).

A colaboração de Bissaya com a Escola foi de relevada importância: além de ter sido seu presidente e professor, esta funcionava nas instalações da Junta e o pessoal diplomado estagiava, preferencialmente, nos estabelecimentos da JPBL (Sousa, 1999). No entanto, Bissaya Barreto não permitiu que as irmãs adquirissem o edifício da Escola, acabando por a tornar dependente da JPBL (Sousa, 1999).

Esta não deixa de ser uma colaboração enganosa. Com ela, Bissaya não procura os atributos de uma assistência católica, mas, pelo contrário, os de uma assistência mais técnica e médica, defendidas por esta Congregação e distintas das fomentadas nesta altura no país. De facto, algumas das irmãs chegam mesmo a ser perseguidas, tendo de abandonar Portugal, devido aos valores que defendiam (Sousa, 1999).

Pais de Sousa (1999) resume a posição de Bissaya face à religião, considerando que nunca houve conversão do cirurgião nem no plano pessoal, nem no plano político. Na verdade, “continuou a evidenciar na obra assistencial e na rede política que estabeleceu, os princípios ou as preocupações do seu republicanismo conservador nos domínios da assistência e da educação. Republicanismo que se constituiu, no essencial, a partir de uma visão racionalista e científica do problema social. Esta visão aceita ou tolera que a fé, veja-se a conceção de serviço social que as Escola Normal e Social vinculou em Coimbra, pode estar, em determinadas circunstâncias, aos serviço da Nação e da República.” (Sousa, 1999: 206).

Vida, obra e ideais de Bissaya Barreto podem ser resumidos pela “frase que encima a entrada do Hospital Rovisco Pais: “*Caritas atque Scientia*”” (Barreto, 1960: 30) (caridade e ciência).

Da mesma forma que que Bissaya tolerou que uma congregação religiosa estivesse ao serviço da Nação com a Escola Normal Social, também o terá tolerado no caos do Rovisco Pais. Terá mesmo sido Bissaya que solicitou à Provincial Irmã Maria de Lurdes Sousa Prego a colaboração das Irmãs de São Vicente de Paulo no Hospital-Colónia Rovisco Pais (Diocese de Coimbra, 2010; Província Portuguesa das Filhas da Caridade de S. Vicente de Paulo, 2013).

Mas porque iria afinal Bissaya recorrer a religiosas? E Porquê as de São Vicente de Paulo?

As Irmãs Franciscanas de Maria eram uma congregação com características particulares, com uma abordagem do assistencialismo técnica e médica. Terão sido as Irmãs da Caridade escolhidas por Bissaya por também elas terem este tipo de abordagem?

Para perceber a presença das Irmãs da Caridade de S. Vicente de Paulo no moderno Hospital-Colónia Rovisco Pais é necessário compreender de onde surge esta ordem e a sua presença em Portugal.

As Irmãs de S. Vicente de Paulo dedicaram-se desde a sua fundação, em França, no século XVII, por S. Vicente de Paulo e Santa Luísa Marillac, ao serviço aos pobres e mais desfavorecidos, como os doentes ou os órfãos (APARF, 2010; Diocese de Coimbra, 2010). Respondendo ao pedido de Bissaya, estão presentes no Rovisco Pais desde o seu início, mesmo antes da inauguração.

A história desta Congregação está profundamente ligada à história da enfermagem. Em França, “a invenção da profissão de enfermagem foi consequência da fundação por S. Vicente de Paulo das Filhas da Caridade, no princípio do século XVII” (Nunes, 2003: 21). S. Vicente de Paulo tinha como princípio, na criação da Ordem, que “quando deixais a oração para tratar de um doente, deixais a Deus por Deus. Tratar dos doentes é orar.” (Silva, 2009). É princípio desta ordem, assim, colocar as necessidades dos doentes, o assistencialismo, à frente da oração; uma característica que terá influenciado a escolha de Bissaya.

Este aspeto terá mesmo sido crucial. Mais do que tudo, o Rovisco Pais, para o seu fundador, era uma instituição médica e científica. Como tal, ele procuraria alguém que, em primeiro lugar, fosse capaz de cuidar dos doentes, não que apenas rezasse com eles. No fundo, ele procurava enfermeira capazes, não religiosas. As Vicentinas foram escolhidas não por serem uma congregação religiosa, mas por terem capacidades técnicas de assistência.

Mas se durante o Estado Novo a presença das Vicentinas, assim como de outras ordens religiosas, é aceite, nem sempre assim foi.

A primeira presença da congregação em Portugal, apesar de reduzida e pouco visível, é autorizada e estabelecida no país por um decreto de D. João VI, a 14 de Abril de 1819 (Nunes, 2003; Silva, 2009). Foram um caso excecional durante a abolição das ordens religiosas em Portugal (nas femininas foi proibida a entrada de noviças), devido ao carácter temporário dos seus votos e ao carácter humanitário da sua missão a lei não lhes era aplicável (Silva, 2009).

Uma presença mais significativa da ordem só se começa a sentir em 1857, quando um grupo de religiosas francesas vem para Portugal (Nunes, 2003; Silva, 2009). Neste tempo, “a vinda das freiras francesas foi interpretada por alguns sectores progressistas como uma afronta à soberania nacional” (Nunes, 2003: 21). Foi iniciada uma violenta campanha jornalística contra as Irmãs Vicentinas, protegidas pela aristocracia e pela corte, mas rejeitadas por forças progressistas (Nunes, 2003, Silva, 2009). A província, que havia sido tornada oficial em 1958, é reconstruída apenas em 1862 (Silva, 2009).

Nunes (2003) toma por hipótese que conflitos ideológicos deste tipo, mantidos entre correntes religiosas e correntes laicas e anticlericais, poderão estar na origem da diferenciação entre enfermagem laica e religiosa. São marcas de um processo de secularização e medicalização, associado à já referida ideia de modernidade sem sofrimento, e sem Deus (Sarró, 2009).

Com a proclamação da República em 1910 é tornada oficial a clivagem entre Estado e Igreja. A perseguição religiosa volta a aumentar e muitas casas são encerradas (Nunes, 2003; Silva, 2009). “De acordo com a posição anticlerical e laicizante dos republicanos, a secularização do ensino e da saúde foram áreas de grande atenção” (Nunes, 2003: 43). As Irmãs conseguem apenas permanecer em solo nacional escondidas e muitas vezes disfarçadas, sem hábito (Silva, 2009). Após a revolução de 1926 o clima face à religião melhora e o projeto de uma Província Portuguesa das Irmãs de São Vicente de Paulo é retomado (Silva, 2009).

O primeiro curso de enfermagem laico em Portugal surge nos Hospitais Universitários da Universidade de Coimbra em Outubro de 1881, com administração de Costa Simões que faz uma apreciação desfavorável do serviço das Irmãs da Caridade nos hospitais franceses, considerando que estas apenas assistem os doentes em matérias religiosas e espirituais e que há nos hospitais a necessidade de pessoal que possa prestar um auxílio mais técnico (Nunes, 2003). De facto, as escolas começam a surgir nesta época devido à institucionalização da biomedicina, a um processo de medicalização crescente, marcado pela clivagem entre medicina e religião. Religiosas e outro pessoal não estavam preparados para as exigências do novo desenvolvimento hospitalar, o papel do pessoal de enfermagem “modifica-se, parecendo haver uma deslocação da enfermeira como *consoladora do doente para auxiliar do médico*” (Nunes, 2003: 27). No fundo, esta hostilidade em relação às Irmãs procede do processo de medicalização que se começa a desenvolver.

Primeiramente os hospitais eram locais da incumbência de pessoal quase sempre religioso, raramente leigo, que assegurava a sua manutenção e o cuidado e salvação dos internados (Foucault, 2007[1979]). O médico era uma visita irregular ao espaço e estava sob a dependência administrativa dos religiosos (Foucault, 2007[1979]). Estes hospitais eram locais finais, onde os pobres iam morrer, locais onde se assistia materialmente e onde se dava o último sacramento (Foucault, 2007[1979]). “O pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna.” (Foucault, 2007[1979]: 59).

Quando o hospital começa a ser concebido como instrumento de cura, o médico passa a ser o principal responsável pelo espaço (Foucault, 2007[1979]). O médico começa gradualmente a ser uma figura cuja presença constante no hospital é exigida; o seu prestígio, poder administrativo e hierárquico cresce (Foucault, 2007[1979]). É com o desenvolvimento deste processo que as exigências de um enfermeiro vão sendo cada vez mais as de alguém com conhecimentos técnicos e biomédicos que possa auxiliar o médico.

Neste seguimento, em 1860 ocorre o aparecimento formal da enfermagem moderna com Florence Nightingale que aproximou a prática da enfermagem da prática da biomedicina (Nunes, 2003).

Em Portugal, a enfermagem alcança o estatuto de profissão com a criação da Escola Profissional de Enfermagem, em 1918 (Nunes, 2003). “Tida como arte doméstica, como ocupação benemérita, ou conjunto de atos nascidos da caridade cristã, a enfermagem assume, perante esta terminologia oficial, a designação de profissão.” (Nunes, 2003: 48).

Mas esta é uma das duas filiações da enfermagem, a biomédica, técnica, avaliada pela capacidade de execução (Nunes, 2003). A outra filiação continua a ser a religiosa, a de servir um ideal e seguir uma vocação (Nunes, 2003).

Entretanto com a Constituição de 1933 nasce o Estado Novo e, como já vimos, os ideais republicanos de separação entre Estado e Igreja são abandonados. A propaganda do Estado Novo entre 1933 e 1949 é um fenómeno que abrange o país na sua totalidade, os vetores são a religião, a família, o nacionalismo, a história.

Retomemos a questão: porquê as Irmãs de São Vicente de Paulo? Vimos que eram criticadas por alguns como incompetentes perante as necessidades modernas de um hospital. Embora também tenhamos visto que como ideal colocam as necessidades do doente à frente da oração. O segundo argumento acabaria por ganhar mais peso, com as Irmãs a ajustarem-se às novas necessidades hospitalares: a provincial das Filhas da

Caridade (Irmã Ferrão) faz com que algumas irmãs estudem enfermagem e promove a fundação de uma escola de enfermagem (Silva, 2009).

A Irmã Eugénia Tourinho funda em Lisboa a Escola de Enfermagem de São Vicente de Paulo (1938), reconhecida oficialmente, a primeira escola religiosa a formar enfermeiras laicas (Nunes, 2003).

Mesmo após o 25 de Abril, quando passa a ser exigida habilitação académica para o ensino e para a enfermagem, as Irmãs da Caridade não deixam de ensinar ou praticar, profissionalizam-se e passam a receber vencimentos compatíveis com as suas funções (Silva, 2009). O ensino da enfermagem vai sendo uniformizado e sujeito a um plano de estudos único (Amendoeira, 2006). A Escola de Enfermagem de São Vicente de Paulo, como Escola Superior, ainda hoje existe, agregada à Universidade Católica de Lisboa.

Parecia incompreensível a associação de Bissaya Barreto, arauto dos valores modernos, a uma congregação religiosa em pleno processo de secularização da medicina e medicalização dos espaços hospitalares. No entanto, após compreender melhor quem são as Filhas da Caridade, a escolha não parece assim tão incompreensível. As irmãs não eram só religiosas, eram enfermeiras dotadas de formação técnica, estavam ajustadas às novas exigências do hospital. Além disso, como veremos, eram ainda capazes de responder a outras necessidades mais específicas do Rovisco Pais e dos doentes de Lepra.

4.3. Depois do tempo

Nas instalações do Rovisco Pais, além dos edifícios do CMRRC, estão ativas a Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM) desde 1999; a Pousadinha e algumas vivendas do Bairro Social afetas aos Serviços Sociais da Administração Pública desde 2004; a Quinta da Guardiosa foi cedida à Associação de Desenvolvimento, Progresso e Vida da Tocha (CMRRC-RP, 2013).

Alguns ex-doentes do Hospital-Colónia permanecem ainda nas instalações, no Serviço de Hansen. No Conventinho residem ainda três irmãs da Congregação das filhas da Caridade de São Vicente de Paulo.

Dia 1 de Fevereiro de 2013

O nevoeiro é muito. Está um tempo fresco sem chegar a ser frio e há humidade no ar sem chegar a ser chuva. Chego à Tocha.

Caminho sem saber para onde. Um largo grande, árvores despidas, uma igreja ao centro, estabelecimentos de comércio fechados em redor.

Saindo do largo percebo os primeiros sinais de vida: recolhidos no interior dos cafés ainda timidamente abertos, os que não começam o dia sem cafeína, numa caixa multibanco interior outros rostos, um correio a entregar encomendas, uma transeunte.

Senhora já com a sua idade, reformada certamente, madrugadora sem obrigação de ser, encolhida num Kispo roxo e num cachecol escuro, mas desperta no olhar avivado por uns óculos redondos. Curiosa ao ver-me cumprimenta: “Bom dia!”. Fico feliz por ver vida na rua e já estava a preparar-me para a interpelar: “Bom dia! Para onde fica o Rovisco Pais?”.

Afinal até estava no sítio certo. “Encosta-se àquelas casas e vai sempre por ali encostada até chegar à estrada da Figueira. Depois lá tem de passar para o outro lado porque é essa a sua mão e depois vêm os carros. Mas é sempre para baixo, sempre para baixo!”.

Saciada a curiosidade sobre mim desconhecida e o que motivava a minha presença naquela vila, a simpática orientadora, de sorriso nos lábios e nos olhos envidraçados, ainda me agradece: “Obrigada e bom dia!”.

Faço-me ao caminho. Ao contrário do que esperava, todo o caminho até ao Rovisco Pais acaba por ser acompanhado por construções. Apenas quinze minutos após o limite que imaginei como fim da vila da Tocha dou por mim já a fugir da zona residencial do Rovisco Pais. Poucos metros à frente já identifico a entrada do CRRC-RP pelo busto do patrono.

Ao passar a portaria, uma avenida da qual nada avisto e na qual nada adivinho do que virá. Ladeada de plátanos nus, depois campos e depois, mais longe, pinhais. Os sons são parcos: pássaros e esporadicamente um carro que passa. São nove horas e dez minutos quando inicio este percurso.

Após esta avenida, finalmente edifícios e indicações, sigo para “serviços administrativos” e “capela”, procurando um banco, um refúgio onde me sentar e escrever. É difícil.

A esta hora tudo me parece vazio, frio, anónimo. Deserto. Já em espírito de desistência decido-me a ir ver a capela. Curiosamente é lá que encontro o meu refúgio.

Na entrada inutilizada, suja, com musgos e teias, mas onde consigo sentir alguns trabalhadores nas suas tarefas. Ouço pássaros, muitos, um corvo, cada vez mais carros, mas poucas vozes, apenas a de duas pessoas que limpam o mato. É neste refúgio que aguardo a hora de saber o que será a minha experiência etnográfica no Rovisco Pais, embora já me sinta rodeada por ela.

No primeiro dia em que entro no edifício do Serviço de Hansen, perco-me na procura da entrada, entre tantas janelas alinhadas que se assemelham a portas. É Mário que, vendo-me perdida, me diz onde é a porta.

O serviço fica no antigo hospital central da instituição, no reduto final dos que não têm mais para onde ir e ali permanecem à espera que o tempo os leve. Sou guiada pelo Dr. Pagaimo, preciosa ajuda. Num edifício velho, mas não danificado, aparentemente, escuro até onde a luz chega pelas paredes verdes de um verde pardo, poucas pessoas, pouco movimento, poucos sons. As janelas todas fechadas. Entro pelo rés-do-chão e dirijo-me por uma escadas logo após a entrada para o primeiro andar, onde seria o gabinete do Dr. Pagaimo. Aqui o vazio é ainda maior. As alas, esquerda e direita, completamente vazias, em frente uma sala trancada, um laboratório com atributos de museu, um vestígio de outro tempo. O único canto de vida é o gabinete do Doutor, em frente à sala trancada. Na entrada um produto de desinfecção das mãos, espreito pela porta: um monte de livros, revistas, papéis! Não vejo ninguém no primeiro compartimento por isso aventuro-me e encontro o Doutor no segundo, no meio de um caos de um gabinete de atendimento. Os típicos móveis de centro de saúde, de ferro, com gavetas e portas barulhentas recheados de “papelada”.

Imediatamente prestável, o Dr. Pagaimo introduz-me no mundo que já tão bem conhecia teoricamente. Na hora do penso, encontro os ex-doentes em espera para trocar algumas palavras com o enfermeiro enquanto este inspeciona velhas feridas.

O Dr. Pagaimo tem uma palavra simpática para todos eles, conhece-os. Introduz-me cada um, antes de me apresentar e resumir o que vou querer: trocar umas palavrinhas, saber como era antigamente, saber como é agora, ouvir umas histórias. Ninguém recusa o convite feito para esta partilha, embora alguns digam “agora não que estou aqui para o penso”. A hora do penso é uma hora sensível, posteriormente ser-me-á pedido que não apareça a essa hora, é o momento em que se regressa e relembra a doença, a hora em que se toma consciência das suas mazelas.

Sou também introduzida naquele que será o meu espaço de trabalho, onde já Alice Cruz estivera quando fez a sua tese de mestrado, cinco anos antes. Um antigo consultório

com uma secretária, um armário de ferro, uma estante de apoio e uma marquesa, tudo ocupado com revistas médicas amontoadas. No centro uma pequena mesa quadrada livre e várias cadeiras. É aqui que me vou sentar. As Revistas do Rovisco Pais estão na marquesa. A um canto, chás e caixas de incenso, numa cadeira uma bata branca pousada. Estes são vestígios de Alice Cruz, o seu “espólio” numa expressão do Doutor. Sou informada que também deverei utilizar uma bata.

A bata branca vai revelar-se como um símbolo de confiança para os ex-doentes. Mesmo não me conhecendo sabem que, de algum modo, a minha presença ali não é ilícita. Mesmo não sabendo o meu nome podem interagir comigo, chamando-me doutora. O que de resto rapidamente muda, passado algum tempo já não sou doutora, sou menina pois “ainda sou muito novinha”.

A minha primeira ação de apropriação da sala é levar para lá os 17 processos clínicos ainda existentes. Os pouquíssimos que o Dr. Pagaimo conseguiu salvar, os restantes terão sido levados para Coimbra num acordo com a Universidade... Mas onde estão? Parecem andar desaparecidos.

Observo o que me rodeia, tentando ambientar-me ao espaço. É inverno, o tempo frio e geralmente ventoso... e o clima entrava nesta sala por um vidro quebrado da janela. Anoitece cedo, tinha de acender a luz, uma luz amarela e pouco luminosa na verdade. Em frente morava o horror. Todas as salas da ala Norte do 2º piso estavam vazias, abandonadas, sujas, mas há uma particularmente deteriorada, em frente à minha sala. Um antigo vestiário totalmente degradado. O chão em tacos de madeira soltos, podres, escuros da humidade e salpicados pelo verde do mofo. Uma sala horrível, corroída, como uma marca do abandono gradual a que este edifício tem estado dotado. Armários com portas caídas, penduradas, papéis colados nas paredes a descolarem-se, alguns caídos no chão, uma peça têxtil no chão, apodrecida...

Outro espaço: arquivo/biblioteca... supostamente um lugar desconhecido, desorganizado, segundo informações de elementos da direção. Percebo que isso pode ser verdade. As únicas chaves para lá entrar, após vários contactos estabelecidos pela secretaria da direção, são as das empregadas da limpeza. Vou eu buscar as chaves e encontro-me com uma funcionária dos serviços de aprovisionamento, Joana, que me deverá ajudar no acesso à biblioteca.

Uma sala pouco frequentada, nota-se pelas portas perras, com coleções antigas de revistas sobre lepra, em capa dura a maioria delas, em estantes envidraçadas. Ao centro uma mesa grande de madeira escura com cadeiras pesadas do mesmo material em toda

volta. Ambas nos empenhamos na procura de material de interesse. Material arquivístico quase nenhum, só listas das direções da Instituição e, numa fina pasta de cartão, nove números da *Luz* (jornal que quase ninguém lembrava para além dos ex-doentes). Tiro cópias dos números do jornal e parto, não há nada aqui. O espólio arquivístico dos tempos de Hospital-Colónia da instituição está envolto em incógnitas, ninguém sabe muito bem o que lhe aconteceu, apenas colocam hipóteses: terá vindo para Coimbra, ao mesmo tempo que os processos? Se sim, não o encontrei... onde estará? Muito dele terá sido perdido e destruído durante os anos 90 em que o Hospital-Colónia se tornou alvo de vandalismo e abandono, antes de a instituição ter sido convertida em centro de reabilitação.

Durante o mês de experiência etnográfica fiquei alojada no antigo bairro residencial dos funcionários do Rovisco Pais. A maioria dos edifícios está abandonada. Apenas alguns mais afastados da estrada estão recuperados e mantêm a sua função original de dar residência a funcionários da instituição de proveniências mais distantes. Um funcionário que vem colocar “o quarto em ordem” já viveu neste bairro em criança (nos anos 80/90) e partilha comigo a imagem que tinha dele. “Isto era muito bonito, cheio de jardins e de vida e havia uns doutores ali em frente que davam festas. Agora está tudo estragado, deram cabo de tudo, roubaram tudo.”.

Partilhei a casa com três estagiários de enfermagem. Quando disse o que estava a fazer olharam-me com espanto:

“- Nem sabíamos que havia aqui um serviço de Hansen!

- Sim, ainda há... não sei se sabem, o Rovisco Pais é uma antiga leprosaria.

- Não fazia ideia!”

Já antes havia obtido uma reação de incredulidade semelhante. Numa conversa à mesa perguntam-me o que vou fazer. A reação imediata quando é ouvida a palavra lepra é de espanto, incredulidade: “Ainda existe? Nem sabia que essa doença ainda existia! Existe em Portugal?!”. Eu explico que as pessoas que estão no Rovisco Pais já não são doentes, mas a incredulidade permanece: “Não fazia a mínima ideia que tinha havido uma coisa assim em Portugal!”.

Esquecimento, abandono, deterioração, passado.

O antigo vestiário apodrecido é como que uma ameaça, o ponto de onde a corrupção dos anos e do esquecimento se vai espalhando.

Os próprios ex-doentes sentem que o tempo deles já passou, como se fizessem parte do passado, como se vivessem ainda no passado. Todas as conversas remetem ao passado, ao que foi e agora já não é.

Esperam, todos esperam a morte para que o serviço de Hansen, que já tão despercebido passa, deixe de ser uma realidade. Todos esperam que se rompa de vez com o passado da instituição. Lepra, um Hospital-Colónia, uma ordem religiosa em serviço aos doentes: não são coisas de agora, são coisas do passado!

As irmãs também esperam, esperam pelo tempo delas, pelo tempo de morrer, como a irmã Judite repetirá no seu discurso.

São as únicas a prestar apoio religioso na instituição. Em tempos, existiu capelão, mas agora desde que o último morreu que a capela está fechada. A Irmã Maria Emília, a primeira com quem estabeleci contacto, considera que faz falta. É a única que por vezes vai ao centro de reabilitação, onde “muitas vezes pedem a necessidade de padre e missa”.

Logo ao primeiro contacto partilha comigo várias informações interessantes, percebendo o que quero e ultrapassando o seu medo inicial de não saber dar respostas corretas (explico-lhe que não há tal coisa).

A mais nova das religiosas é também a mais ativa em termos de apoio aos doentes. Faz-lhes companhia, conversa com eles, acompanha-os em consultas... raramente para no mesmo local. Apresentou-me a capela, agora fechada, e o núcleo familiar ainda ativo. Sentámo-nos com ex-doentes a trocar ideias.

Numa dessas alturas, estávamos na galeria, pelas onze horas, aparece a irmã Judite para rezar o terço. Uma rotina para alguns, um dos motivos porque não podiam prescindir do lugar na fila para o penso, mesmo quando a Irmã Maria Emília o solicitava.

Mas nem todos rezavam o terço. Por exemplo, Matilde, uma das que se recusava de todo a perder a vez na fila, ouvia diariamente a missa na rádio.

A Enfermeira-Chefe resume a atividade das Irmãs da seguinte forma: “A Irmã Maria Emília acompanha muito os doentes quando precisam de algum exame ou de alguma consulta de especialidade na Figueira ou em Coimbra. A irmã Judite apenas sai de manhã para rezar o terço e acompanhar um bocadinho os doentes. A irmã Vicente é que não sai do Conventinho, de todo!”.

Até este dia tinha-me sido dito que talvez não valesse de muito falar com a Irmã Vicente, que estaria muito senil. Esta enfermeira recomenda-me que vá: é muito velhinha “mas se calhar até gostaria de falar consigo”. Decido ir.

Encontro uma velhinha extremamente carinhosa. Agarra-me as mãos e conduz-me de imediato para uma sala, faz-me sentar. Enquanto ouve ao que venho afaga-me o cabelo. Diz que vai procurar alguém para falar comigo, mas antes assegura-se de que tenho alguma

coisa para fazer ensinando-me a ligar e a desligar a televisão e assegurando-se de que tenho papel e caneta.

Antes que ela saia digo-lhe que é com ela que quero falar, ao que ela responde que não pode ser porque está ali há poucos dias e eu tenho é que falar com alguém superior. Começo a perceber a confusão da Irmã, mas não consigo escapar dela. Deixa-me na sala e desaparece.

É a sala em que estão em comunidade, onde rezam. É um ambiente praticamente despido, não fossem algumas plantas e imagens religiosas. Uma mesa grande e com várias cadeiras. Uma lareira inutilizada com um presépio no interior. Uma televisão. Uma estante não muito grande nem muito cheia, com alguns livros de índole religiosa. Uma mesinha com o telefone. Isto é tudo o que há nesta sala.

Entretanto a Irmã Vicente regressa e vou tentando falar com ela, é um diálogo impossível, mas acaba por partilhar alguma informação importante.

A tarde foi avançando, o tempo escurecendo, começou a chover com intensidade e a trovejar.

Quando a Irmã Judite chega e me consigo libertar da confusa situação, a outra Irmã vai repetindo comentários sobre o tempo que faz.

A Irmã Judite estava em limpezas, é assim que vai ocupando as tardes, e por isso não estava no Conventinho. De manhã vai sempre rezar o terço e conversar um bocadinho com os doentes, das onze às doze e meia, hora do almoço.

Nos discurso desta Irmã transparece a ideia de que o termo da história destas pessoas (Irmãs e ex-doentes) já devesse ter chegado, como se já estivessem a viver um fim. “Agora parámos. Aqui à espera que deus também nos chame...e para irmos... para Deus e isto então ficar assim.”.

“Isto era para já termos deixado o serviço há uns 10 anos. Mas depois eles fizeram muita resistência que acompanhássemos e que ficássemos cá mais algum tempo a acompanhar, sobretudo os de Hansen. ... Mas isto eles não vão... isto não é doença que mata e eles têm uma longevidade, muito, durante muito tempo. E vai-se passar 10, vai-se passar 20 e estamos à espera que Deus se lembre de uma de nós que então a instituição, a congregação vai, vem buscar-nos.”. A Irmã Judite arremata: “Pronto, a vida é assim, tudo chega a um termo. Não é para nos assustarmos, nem é... a vida é assim mesmo.”.

“Os doentes é aquilo que nós vemos não é? Estão naquele mesmo impasse. Nós temos é que os animar e... e preparar, convencer-mo-nos que isto aqui só aguardamos a hora da chamada de Deus.”.

“Porque estes, estes doentes ficaram com marcas negras e que, e que nunca mais lhes apagam do coração, digamos assim. Estão aí porque... para eles o mundo, o mundo deles já é este. Eles sentem sempre repelidos da sociedade.”. “Desambientaram-se do meio ambiente da família. E mesmo, mesmo que eles queiram ir para casa eles têm muitos problemas de adaptação sabe? Depois precisam de pensos diários, às vezes torna-se dispendioso, tudo isso... as pessoas também envelheceram, os familiares... tudo assim! Bem... Olhe... é o ciclo da vida não é? Começa e acaba, vai levando este tempo... e graças a Deus não é?”.

Também vários ex-doentes comentam “já cá andarem há tempo de mais”: “já cá não estou a fazer nada, qualquer dia vou-me embora... Não sei se tudo isto valeu a pena”, partilha Baltasar. Continua a conversa enveredando pelo que crê acontecer após a morte: “As almas são eternas, o corpo é pó e pó serás. Não tenho o culto do corpo, tenho o culto das almas.”. Tendo frequentado o seminário em criança, antes de lhe ter sido diagnosticada a doença, Baltasar assume-se como católico de formação mas também católico de alma, de crença. No seu entender, temendo chocar-me, “quem se afasta de Deus só se aproxima de outro... do Diabo”.

Depois de almoço, os ex-doentes distribuem-se pelos seus quartos onde descansam, leem, ouvem rádio, como Mário que gosta de se manter atualizado sobre o seu clube desportivo. Raramente neste período estão nas salas comuns. A comunicação entre eles não é muita, não têm nada para dizer uns aos outros, já conhecem as suas histórias de cor.

A galeria é o espaço mais alegre do edifício, com mais cor. Decorado com plantas, naperões e toalhas bordadas, uma televisão que Natália, pequena e de olhar curioso, segue atentamente. É também aqui que é rezado o terço, num pequeno altar numa das extremidades.

Baltasar, “famoso”, a pessoa com quem todos me recomendaram que falasse, costuma ler durante a tarde.

Na primeira vez que o procuro, mal me vê espreitar para o seu quarto, manda-me entrar, apresenta-me um livro que tem andado a ler e faz-me circular pelo quarto de fotografia em fotografia enquanto vou conhecendo os familiares que fez por afinidade ao longo dos anos.

Alguém que também tem fotografias que partilhou comigo foi Matilde, dona de um álbum que todos ali conhecem onde se misturam fotografias de outros tempos no Rovisco Pais, de familiares, de quem fala com saudade, e imagens de santos.

As imagens de santos são de resto um fator comum da decoração dos quartos, do Conventinho, da galeria e de uma casa do núcleo familiar ainda habitada.

Dois ainda vivem em casas do núcleo familiar. Um deles é Lurdes. Com 93 anos é ainda bastante independente. Vive isolada, raramente sai do núcleo, mas ainda assim apresenta como motivo para ter regressado ao Rovisco Pais, há cerca de 22 anos, sentir-se sozinha no outro sítio: “Sinto-me melhor aqui, aqui estou sossegada... e se tiver algum problema tenho logo médicos e enfermeiros. Lá no outro sítio sentia-me sozinha... estou melhor aqui.”.

Apesar da dor e da revolta do estigma, da dor e da revolta de terem sido roubados aos seus contextos, estes ex-doentes falam com saudade de outros tempos da instituição. Em que “havia tudo, tínhamos tudo”, em que “os jardins eram muito bonitos” mas, como refere a Irmã Vicente “faltava sempre aquela amizade e o ambiente familiar”. É essa falta que as irmãs, através da religião, ou apenas através da interação humana, tentam compensar.

Como uma funcionária que às três e meia da tarde distribuía o lanche me disse: “Há aqui muito... há aqui muito para contar.”. Há de facto ainda muito por dizer, o que pude ambicionar fazer foi apenas tentar dizer um pouquinho desse muito.

Dia 15 de Março de 2013

Hoje, pela primeira vez no último mês, está um dia lindo, um dia de Primavera, morno e fresco, aromatizado pelos sons da natureza, luminoso...

Cá dentro, no hospital, tudo na mesma: ambiente tépido e adocicado, abafado, cheiro a mofo e a álcool. Um outro mundo. Um retiro do tempo, isolado, desconhecido, calado.

Ninguém sabe o que o Rovisco Pais foi, ninguém sabe deste resto de história viva que persiste.

Os ex-doentes cá permanecem, doentes para sempre, cada vez menos, cada vez a desistir mais da vida e agarrados a memórias tristes mas alegres, pois foram as únicas que tiveram oportunidade de construir na vida.

4.4. Em contexto

“Um dia uma Irmã adoeceu [...] e foi operada pelo Dr. Bissaya Barreto. Então no fim ela perguntou quanto era e ele respondeu que não era nada mas que ia começar uma obra e ia precisar que algumas Irmãs fossem para lá. O que ele estava a pedir não era pouco, porque no início elas eram para não poder sair daqui e ela não sabia se ia ter irmãs que chegassem. Mas quando chegou a altura todas quiseram vir, até de mais!” (Irmã Maria Emília).

Este é o mito de fundação da presença das Irmãs Vicentinas no Rovisco Pais. Como a irmã Maria Emília introduziu a história apresentada: “reza a lenda...”. Lenda repetida por outra das três Irmãs que permanece na instituição (Irmã Judite).

O mito enaltece a atitude caritativa da Ordem. As Irmãs responderam imediatamente a um chamamento que quase todos recusariam, foram para onde mais ninguém queria ir, seguindo o exemplo de Cristo.

Segundo Sarró (2009) o cristão é o que compreende o sofrimento de Cristo. Mas é também aquele que compreende o sofrimento dos outros e os auxilia. Sem qualquer ligação particular com a lepra, a Congregação responde ao pedido de Bissaya por encontrar nos que sofriam desta doença os mais pobres.

Mais pobres não no sentido medieval que associava pobreza, miséria e ignorância à doença, mas pobres por serem aqueles que se encontravam afastados da família, precisamente num momento de grande fragilidade física, além de psicológica.

Assim, a congregação respondeu ao pedido, com a consciência de uma missão. “Vamos para onde nos mandam, para onde Deus nos manda e estamos tranquilas. Temos de servir a comunidade, fazer o que Ele nos manda.” (Irmã Vicente).

A Irmã Judite reconhece: “havia o problema do terror da lepra”, baixando a voz, como que recordando esse sentimento de terror, repete “o terror da lepra”, acabando por admitir que também ela própria sentia esse terror, embora o que a mais assustasse não fosse o contágio mas o não poder tocar nos doentes.

“Não se podia manifestar um gesto de carinho, de amizade para um doente. E eu quando... eu gostava muito de brincar com eles e vou ficar agora privada de tudo isso?”. Este foi apenas um receio construído antes de chegar à instituição pois quando chegou lá, percebeu que as coisas afinal não tinham de ser assim.

Podemos voltar à ideia de pobreza. Para as Irmãs, esta pobreza não era apenas a doença em si, mas o facto de esta impossibilitar o toque humano. Há por parte delas uma reinterpretação da lepra. Se neste período a lepra era considerada impura, poluente por ser contagiosa, por se pensar ser um perigo para a sociedade, para as irmãs o “terror” da lepra

estava nas carências sociais dos doentes. Pode dizer-se que o que motivou quer a construção do Rovisco Pais, quer a ida das irmãs para o mesmo, foi a lepra, não se pode dizer que as motivações, ou interpretações/ significações dadas à doença foram as mesmas. Os doentes eram os mais pobres não por estarem doentes, mas por estarem afastados da sociedade.

“Nós como Irmãs de S. Vicente de Paulo estamos indicadas para os pobres e os mais pobres eram estes realmente que estavam repelidos da sociedade.” (Irmã Judite). É este dedicar aos pobres que as terá feito não recusar o apelo. Os mais pobres eram os que precisavam de mais ajuda, médica e espiritual, e que não tinham quem lha desse, afastados da sociedade e das suas redes familiares.

Parece haver uma tendência para a reprodução da dicotomia corpo/mente com estas interpretações. Aplicando os conceitos de Eisenberg (1977), as irmãs estão mais preocupadas com a *illness*, o Rovisco Pais foi criado a pensar na *disease*. Mas, se pensarmos a questão a fundo, veremos que não é bem assim...

Em resposta ao pedido de Bissaya, a 3 de Maio de 1947 chegaram 4 Irmãs à instituição para a preparar para a chegada dos primeiros doentes (APARF, 2010; Diocese de Coimbra, 2010; Província Portuguesa das Filhas da Caridade de S. Vicente de Paulo, 2013).

Chegaram a trabalhar neste hospital, simultaneamente, 25 Irmãs, pois, no período inicial, eram elas que asseguravam o cuidado de todos os doentes, assim como a manutenção da creche e do preventório (Diocese de Coimbra, 2010; Província Portuguesa das Filhas da Caridade de S. Vicente de Paulo, 2013). No total, de 1947 a 2005, trabalharam no Rovisco Pais 122 Irmãs (APARF, 2010; Diocese de Coimbra, 2010; Província Portuguesa das Filhas da Caridade de S. Vicente de Paulo, 2013).

Permanecem na instituição três Irmãs: Judite (90 anos), Maria Emília (80 anos) e Vicente (97 anos). A Irmã Vicente faz parte do grupo inicial. Idosa e baralhada foi difícil manter um diálogo com ela, mas numa longa conversa sem nexos que mantivemos ela acabou por recolher alguma informação.

Ao irem para o Rovisco-Pais na sua fase inicial as Irmãs faziam uma escolha para a vida de dedicação aos doentes de lepra, pois, como explica a Irmã Judite “quando vinham para aqui, nunca mais daqui saiam, nunca mais podiam sair”. Nessa altura, refere, “havia muito cuidado! [...] Não tocavam nos doentes, estavam sempre de luvas, nem cumprimentos nem nada.”. Quando diz “tocavam” refere-se aos profissionais de saúde externos. No entanto, “as Irmãs, apesar de supostamente não poderem sair, saíram logo no

ano a seguir e não houve problema. O problema é que se pensava que isto era muito contagioso”, conta a Irmã Maria Emília.

Aquando a criação do Rovisco Pais, a sociedade laica não estava preparada para lidar com a doença. Quando se fundou o Hospital, as Irmãs foram para lá pensando que iam lidar com uma doença de elevada contagiosidade, sem cura definitiva ainda, e que jamais poderiam abandonar a instituição. Entrar no Rovisco Pais no início, significava assumir um serviço para a vida, algo que vai de encontro à disponibilidade benemérita da vocação religiosa, à crença católica de que a caridade é um dever e o caminho para a salvação.

Portanto, dizer que as irmãs estavam preocupadas com a illness, ou só com a “alma” é facilitar a questão. Embora lhes preocupasse mais do que tudo a solidão dos internados, elas estavam conscientes do que era a lepra, da realidade com que iriam lidar, de quão contagiosa se pensava que era na altura. Estavam conscientes da perspectiva biomédica sobre a doença. Ao aceitarem ir para o Rovisco Pais, ao escolherem tocar os doentes, aceitavam correr um risco, mas faziam-no pensando seguir o exemplo caritativo de Cristo.

As irmãs seguiram a sua crença. Possuidoras de ânimos e motivações poderosas causados por interpretações bíblicas (relembro a definição de Geertz, 2008[1966]), as religiosas responderam prontamente a um apelo, acreditando estar a seguir o exemplo de Jesus Cristo e a vontade de Deus.

Mas se neste aspeto parte da definição de religião Geertz (2008[1966]) se parece aplicar, não quero de todo dar a ideia de que esta assenta na perfeição ao contexto estudado. Na realidade, toda a história da presença das Filhas da Caridade em Portugal e, mais particularmente, a justificação da sua presença no Rovisco Pais demonstra como uma religião não tem valores homogéneos, nem necessariamente uma coerência interna. As Vicentinas, recorde, colocam os cuidados dos necessitados à frente da oração e destacam-se de outras congregações religiosas por isso. Além do mais, a presença delas no Rovisco Pais, numa instituição biomédica, tendo de lidar com conhecimento e práticas científicas, demonstra como a religião se pode adaptar a diferentes contextos, colocando em causa a definição sistematizadora de Geertz.

De facto, se a lepra foi interpretada de diferentes formas pela medicina (no caso representada pelo fundador do Rovisco Pais, Bissaya Barreto) e pela religião (pelas Irmãs), essas interpretações não são exclusivas ou incompatíveis. As irmãs demonstram compreender o que era a lepra em termos médicos e as transformações que essa conceção biomédica da doença foi sofrendo com os avanços do conhecimento científico. A conceção

da lepra foi sendo reconfigurada pela medicina e pela religião em articulação ou em oposição, não sendo uma ideia fixa e coerente em qualquer momento.

Apesar de religiosas, como podemos ver pelo seu posicionamento na história da enfermagem, as Irmãs da Caridade desde sempre se vocacionaram mais para a ação do que exclusivamente para a oração, “tratar dos doentes é orar”. A congregação sempre demonstrou preocupação com formação a nível técnico. A enfermagem que praticavam não era apenas a de cariz assistencial espiritual e religioso, era uma assistência técnica, profissional. Deterem capacidades técnicas e, em simultâneo, capacidades de assistência espiritual tornava-as ideais para o suporte aos doentes de lepra, necessitados de cuidados médicos como também, recordando as palavra de Bissaya, de carinho e caridade cristã.

Mas as irmãs tinham ainda uma outra importância, para além da assistência como enfermeiras e da assistência espiritual. Relembremos os ideais de Bissaya Barreto, de educação da população nos ideais do trabalho, na moralização e civilização do povo. Esta é uma tarefa civilizadora que pode ser levada a cabo pelas Irmãs, que, importa não esquecer, podiam coordenar atividades laborais, lúdicas, de ensino, religiosas, etc.

Inicialmente a manutenção e funcionamento do Hospital-Colónia devia-se exclusivamente às Irmãs e aos próprios doentes, “o pessoal de saúde não tava cá nenhum a trabalhar! E as limpezas eram feitas todas pelas irmãs e os doentes! E os doentes, lavavam aquele chão, lavavam e esfregavam tudo, era tudo feito por eles.” (Irmã Judite).

O trabalho é uma constante no discurso das Irmãs e dos ex-doentes. Um dos valores base do Estado Novo e presente no discurso de Bissaya enquanto componente terapêutica, não parece ter escasseado na instituição.

A congregação de São Vicente de Paulo parece reunir em si não só os ideais do programa profilático e educativo traçado por Bissaya Barreto, como também as competências e um posicionamento face ao desenvolvimento biomédico que lhes permitiu não gerar conflituosidades com profissionais de saúde da instituição e mesmo colaborar com eles. Assim, apesar de algum conflito, nos primeiros momentos do Rovisco, de interpretação da doença, nomeadamente no que toca à forma de lidar com os doentes e com as suas necessidades, religião e biomedicina conviveram sem conflitos reais.

Há, no fundo, todo um processo de moralização inerente ao Rovisco Pais. Em relação aos internados, tanto através da comunidade religiosa, como através da organização e funcionamento da instituição. A própria instituição não tinha, portanto, como fim exclusivo “combater a *disease*”, tinha muitas outras preocupações de natureza política visíveis no programa profilático desenvolvido por Bissaya.

Os sentimentos dos ex-doentes em relação à abundância e variedade de trabalhos são mistos, se por um lado é recordado com orgulho e sinal de uma vida ativa e útil, por outro é considerado, um abuso, um excesso, para além das necessidades terapêuticas.

“Mas havia muito trabalho”, diz Natália. Do lado, a Irmã Maria Emília comenta: “Era no tempo do Salazar não é?”. Apesar de tudo, Natália conta que trabalhou na costura durante muitos anos e que gostava muito, orgulhosa diz que algumas das toalhas que às vezes “andam por aí fui eu, fui eu que as fiz também!”.

Baltasar, sem nada temer, é direto no seu discurso: “As pessoas aproveitavam-se do trabalho dos doentes. E só pagavam uma bagatela. Apesar do trabalho também ter funções terapêuticas, aproveitavam-se.”. Refere alguns trabalhos como particularmente duros: cortar mato, obras iniciais na instituição que ainda não estava completamente terminada, pocilgas que clandestinamente alimentariam muitas famílias fora do Rovisco, “isto deu de comer a muita gente”. A sua função, apesar de exigente, permitia-lhe algum estatuto, tendo trabalhado como chefe da secretaria dos doentes durante 19 anos. Orgulhosamente diz: “Escrevia muito bem! Escrevia à mão, mesmo com as mazelas, e à máquina com uma caneta”. Baltasar explica como escrevia à máquina segurando numa caneta e utilizando-a para premir as teclas, uma vez que não o conseguia fazer com os dedos, afetados pela doença.

A Irmã Vicente, no meio da sua confusão, pensa que me dirijo a ela para pedir trabalho. Pede-me que aguarde a chegada de outra Irmã pois não tem o poder para tratar desse assunto mas consola-me dizendo que “algo se há-de arranjar, porque aqui há muito trabalho, aqui há muito que fazer”. Recomenda-me que reze a Deus a pedir “trabalhinho”, para poder orientar a minha vida, “não há nada melhor! Tem que arranjar um trabalhinho, mas aqui há muito serviço para fazer.”.

As próprias irmãs quando questionadas sobre a sua função no Hospital-Colónia baseiam a sua resposta no trabalho.

Havia as enfermeiras que “ao princípio era elas que asseguravam o serviço!” (Irmã Judite). Mas, esclarecem Judite e Maria Emília, havia Irmãs para todos os trabalhos: de cozinha, de despensa, de costura... Elas eram as responsáveis por todos os serviços, orientando os doentes de cada um. “Chegaram a ser 25. Uma para cada local, uma para cada ofício, estavam sempre presentes” (Irmã Maria Emília).

As enfermeiras eram auxiliares do médico, desempenhando funções que exigem conhecimentos biomédicos, como partos e até mesmo operações. “Mesmo partos e tudo havia uma Irmã que, era parturiente. E operações e tudo faziam... ajudavam os médicos.”

(Irmã Judite). Natália também recorda: “dantes aqui havia muitas operações... que vinha cá o Dr. Bissaya fazê-las... e até muitos partos, e as Irmãs é que ajudavam!”.

No entanto, esta foi uma função das Irmãs que foi sendo abandonada. Apesar de sempre terem colaborado com as enfermeiras, “há muitos anos que não fazemos de enfermagem”, conta a Irmã Judite, “eu fui sempre nos trabalhos, colaborávamos com as enfermeiras, mas... mas... mas mexer com o tratamento direto de enfermagem isso já há muitos anos, há muitos anos que não.”. Aponta como motivos para este facto por um lado, a chegada de profissionais leigos, por outro, a falta de Irmãs enfermeiras.

A Irmã Judite conta que muitos dos funcionários que foram chegando ao Rovisco Pais tinham andado nas Brigadas Médicas. À medida que o trabalho das Brigadas foi “terminando, acabando, eles vieram para cá, já não havia medo de trabalhar com os doentes, e começaram todos a tomar os seus lugares dentro do hospital”, ao mesmo tempo as irmãs foram “envelhecendo e foram deixando, quer dizer deixando o serviço, e... mas já não tínhamos irmãs para substituir, isso há muitos anos há uns 30 ou... perto de 40 anos que já não”. O serviço passou a ser apenas feito por enfermeiros, a Província teria nessa altura apenas duas enfermeiras e as Vicentinas que estavam na Tocha dedicaram-se às limpezas, arranjos, rouparia...

Os próprios doentes também ajudavam em determinados aspetos de enfermagem, por exemplo os pensos. Irmãs e doentes eram essenciais no tratamento de outros doentes pois, segundo a Irmã Judite “o pessoal fazia o serviço e ia-se embora” e “as coisas eram feitas também de outra maneira, não é como, não é como hoje... e as coisas eram feitas assim mais, de maneira mais seca”, enquanto doentes e Irmãs estavam sempre ali e o apoio na “parte mais religiosa” foi sempre uma constante.

Progressivamente, após a abertura da instituição, as imagens da lepra foram-se alterando, nomeadamente com a descoberta da cura. As irmãs quando entraram não poderiam sair, isso alterou-se. Os serviços de enfermagem eram apenas feitos por elas, entretanto funcionários leigos assumiram essas tarefas. Com o desenvolvimento dos conhecimentos médicos sobre a lepra e com a perceção de que a contagiosidade não era tão grande como se pensava inicialmente, também o perigo do impuro se foi amenizando em simultâneo ao medo do contacto por parte dos profissionais. A medicalização da lepra permitiu que o estigma em relação a ela diminuísse, quem a conhece não a teme. No entanto, nem sempre terá sido assim.

Numa primeira fase, a Irmã Judite considera que o apoio profissional médico não era o ideal, faltando-lhe humanidade, algo que considera ter sido compensado pela presença das Religiosas.

Chegaram a estar no Hospital-Colónia cerca de 1000 doentes e as Irmãs acompanhavam-nos muito para além de aspetos relacionados com o trabalho, em atividades lúdicas ou religiosas. Faziam festas das celebrações religiosas, os doentes formavam associações (Filhas de Maria ou Juventude Operária Católica, por exemplo) que contavam com o apoio das Vicentinas. Tinham grupo de teatro, rancho, cinema ao ar livre, no verão, às quintas e domingos, precisa Natália, “onde até a juventude da Tocha ia”, “cantávamos, dançávamos, havia um padre que tocava muito bem órgão e também algumas irmãs”, “as irmãs eram muito boas, até nos levavam a fazer picnics e andar de barco na lagoa!”.

Segundo a Irmã Maria Emília os doentes fisicamente eram muito bem tratados, não lhes faltava nada e tinham tudo o que era o melhor na altura (equipamentos médicos) “e depois também tinham toda a parte religiosa”. Mais uma vez a oposição em termos de contributos para o bem-estar dos doentes entre medicina e religião.

Esta censura, feita pela Irmã Judite e subentendida no discurso da Irmã Maria Emília, da falta de humanidade dos profissionais médicos, num período inicial da instituição, é também feita pelos doentes.

A crítica acaba por ser a mesma comumente feita pela antropologia médica à biomedicina, uma ciência focada no corpo máquina e não na pessoa como um todo complexo. Ainda assim, hoje as irmãs consideram o acompanhamento adequado, hoje que para os profissionais, conhecedores da doença, o contágio se configura como um medo infundado; hoje em que sabemos que a lepra não é mais uma ameaça terrível e incontrolável.

Se a medicalização da doença parece ter potenciado o sentimento de estigma num momento inicial, acabou por, com a produção de conhecimento sobre ela e desenvolvimentos de curas eficazes, debelar qualquer suspeição que pudesse fundamentar estigmas face a ela. Se o Rovisco Pais deu visibilidade à lepra e a ajudou a configurar como um mal perigoso, contagioso e fatal, com o tempo, permitiu que doentes fossem curados.

Enquanto remetidos para o Rovisco Pais, os ex-doentes valorizam a presença e trabalho das Irmãs. Vendo nelas o único contacto social, a única fonte de conforto, quando estavam afastados do seu meio e eram considerados como perigosos pela doença que tinham.

A Irmã Vicente fala-me com carinho e saudade do tempo em que trabalhou com doentes: “É uma vida muito bonita trabalhar com doentes”, “o período mais feliz da minha vida foi quando estive com os doentes”. Diz haver sempre muito que fazer com eles, “temos que ensinar-lhes o que sabemos”, rezar, benzer-se, anima-los. “Muitos ficavam longe da família e temos que ajudá-los”

Para Natália, as irmãs “foram a coisa melhor que nos aconteceu a nós”. “Cantavam, dançavam, eram novas como nós e todos, até os homens e tudo, não tinham nada que dizer delas. Elas até nos ajudavam e encobriam! Por exemplo, quando alguém não estava na cama na hora da verificação”. “As irmãs eram enfermeiras eram tudo”. “Foram muito, muito, muito boas para todos nós.”.

Também no jornal dos doentes transparece o mesmo carinho pelas Irmãs. Por exemplo, nestes excertos: “Bondosa Irmã Cecília, pede a Deus que ilumine os nossos corações e mande um raio de luz a tantas almas mergulhadas no pecado e na ignorância.” (*Luz*, 08-11-1957: 8); “Àquela em quem tem encontrado sempre o mais carinhoso amparo.” (a Irmã Superiora) (*Luz*, 08-08-1957: 4).

Um exemplo apontado por Natália e por Matilde do que as irmãs fizeram de bom foi a organização de comunhões para os doentes que ainda não as tinham feito. Matilde mostra uma fotografia da sua comunhão solene na instituição, “não a tinha feito na minha terra e tinha muito desgosto e as Irmãs aqui arranjam tudo”.

Uma questão que se poderia colocar seria a da liberdade religiosa. Mellagi e Monteiro (2009) relatam como nos asilos de São Paulo, Brasil, os internos eram obrigados a participar nos eventos religiosos, mesmo que não professassem qualquer religião. Os padres eram aqui uma figura de vigilância e gerência dos pacientes, detentores de poder sobre estes (Mellagi e Monteiro, 2009).

No Rovisco Pais estas questões, pela informação a que tive acesso, não se colocam. Se, ainda hoje, à semelhança do constatado pelos autores, no Rovisco Pais as relações entre religião e saúde se confundem com o quotidiano, são os próprios internados que procuram a religião, não sendo coagidos a participarem em atividades que com ela se relacionem.

Por exemplo, conta Maria Emília, foram organizadas diversas excursões. Muitas a Fátima, onde chegaram a ter uma com 15 camionetas! E, mais tarde, até a outros sítios: Braga, Espanha, Viana do Castelo, Colónias de Férias, etc. Apesar destas excursões, Natália narra divertida como um dia se juntou com outros doentes e fugiram para passar a noite de 12 para 13 de Maio em Fátima. Quando regressaram foram para a prisão, mas ela diz que até gostou para ver como era e que acabou por ser um dia de descanso.

Nos asilos de São Paulo a religião era um mecanismo de controlo, mantendo na instituição um esquema de sociedade disciplinar (Foucault, 1999[1975]; Mellagi e Monteiro, 2009).

A disciplina não faltava no Rovisco: “não lhes faltava nada, claro que tinha de haver disciplina, eram muitos, mas não eram maltratados e tinham tudo... até havia uma cadeia” (Irmã Maria Emília). Recordemos Foucault: leprosarias modernas como o Rovisco Pais aliam um modelo de exclusão e um modelo de disciplina, controlo.

Baltasar refere que quando o Rovisco Pais abriu era um “hospital prisão” e continuou a ser, mesmo com o tratamento. Durante a primeira direção (Santos Silva) “não havia vida social”, “as pessoas fugiam daqui!”.

Havia uma vigilância constante, como seria de esperar lembrando Foucault. A instituição dispunha de Guarda Nacional permanente, guardas-civis patrulhavam todo o perímetro e ainda uma guarda de internados. Para Baltasar “esses ainda eram os piores”.

Mas, à semelhança do caso de São Paulo, a religião teria um papel a desempenhar na vigilância dos doentes? As Irmãs poderiam aqui desempenhar um papel importante de vigilância já que estariam presentes em todos os locais e momentos da vida na instituição. No entanto, isso não é relatado. Pelo contrário, como já citado, Natália revela que as Irmãs os encobriam por vezes.

De resto, neste período inicial da instituição era apenas através de momentos religiosos que os internados podiam ter alguma socialização, fazendo com que as atividades religiosas fossem procuradas pelos doentes. “Não havia vida social, só há hora do terço e tal”, diz Baltasar.

A Irmã Maria Emília conta também como era na capela que os doentes namoravam, conseguindo estabelecer contacto visual se se colocasse cada um num determinado canto da sua nave. Divertida, comenta ainda “não sei como é que eles estavam tão afastados e ainda nasciam tantos bebés e se casavam!”.

Baltasar corrobora a história, “era na capela que víamos as raparigas”. Um dia esteve 60 dias na cadeia, quando saiu foi logo à capela e foi para lá e veio a conversar com a sua namorada. “Foi um escândalo, mas eu disse: não! Aquela rua é para conversarmos! E no dia seguinte já não era só eu.”.

Em 1956, porém, as coisas terão mudado com uma alteração de direção, os doentes tiveram o seu “25 Abril”, diz Baltasar. Passaram a ter vida social, foi neste período que começaram muitas das atividades lúdicas já referidas.

Foi também a partir deste ano que os doentes começam a editar o jornal *Luz*. Podendo através desse meio combater um estigma que, segundo Baltasar, partia de dentro.

“Não vivemos mais no doloroso ostracismo, após o milagre que nos deu “voz” através de *Luz*.” (*Luz*, 08-01-1957: 6). Dizem no jornal referindo-se ao seu “25 de Abril”, ao momento em que, após uma alteração de direção, passam a ter mais liberdades dentro do Rovisco Pais.

Os internados recebem, pela primeira vez, material bibliográfico sobre a doença. Pela primeira vez têm voz, através da *Luz* podem “dissipar as trevas que envolveram o flagelo “LEPRA” que, desde os tempos bíblicos até há bem pouco, era considerado como incurável.” (*Luz*, 08-12-1956: 1).

Nas páginas da *Luz* podem ler-se notícias nacionais e internacionais da doença, notícias da instituição, poesia (onde também consta o contributo das Irmãs). Grande atenção é dada a visitas ao Rovisco Pais de figuras ilustres (por exemplo Raoul Follereau) e a festividades religiosas (Natal, Páscoa, Domingo de Ramos).

Pelos números surgem frases destacadas de teor mais religioso ou mais médico que traduzem os princípios da publicação: “A Fé é a maior força do mundo! Tem Fé, não te deixes abater pelo desânimo e pela desgraça. Confia e espera.” (*Luz*, 08-01-1957: 6).

Os doentes encontravam suporte na fé. Na fé religiosa, mas também na fé de que desenvolvimentos médicos no campo da lepra os possam curar. Medicina é assim como uma religião, um recurso no qual acreditar, não um recurso cujo sucesso e eficácia são certos. O sofrimento leva a que os doentes se fortaleçam através da fé, da crença, de que o futuro será diferente, depositando essa fé tanto nos poderes da intervenção divina como nos poderes do progresso biomédico. “A busca do bem-estar e da cura é uma das vertentes em que o cruzamento entre o biológico e o cultural, a biomedicina e o religioso, as práticas médicas e as rituais está permanentemente presente” (Saraiva, 2011: 73).

Uma outra citação encontrada na *Luz* (08-02-1957: 4) é a seguinte: “Os doentes de Hansen não constituem um povo à parte que deva ser condenado a viver numa ilha ou num topo inatingível de uma montanha deserta. Eles pertencem à coletividade de que somos parte integrante.” (Dr. Aristides Paz de Almeida).

Este excerto traduz a tentativa da medicina em alterar a imagem da lepra. Esta frase traduz a preocupação moderna da leprologia se distanciar das imagens medievais da doença e de a desmistificar. Os doentes terem acesso a ela, perceberem como a imagem médica da lepra não era necessariamente a que consideravam existir durante o primeiro período do Rovisco Pais, é a própria manifestação de uma alteração dessa imagem.

Os princípios/objetivos da publicação são expostos no quarto número: “Queremos Luz!!! Mais Luz!!! Sempre Luz!!! Luz nas almas, Luz nos caminhos, Luz na vida.../ E para que essa Luz não encontre obstáculos, nem sofra desvios, o nosso Jornal propõe-se levar a cabo uma campanha para acabar com situações indesejáveis e desumanas./ Ajude-nos, caro leitor, e cumprirá, perante Deus, e perante os homens, o sagrado dever da Solidariedade./ “Amai-vos uns aos outros...” proclamou Cristo! Nunca como hoje esse Amor foi mais necessário. [...] Desejamos:/ 1) Combater todos os preconceitos que impeçam a reabilitação social do doente de Hansen após a alta./ 2) Lutar pela destruição dos complexos de medo e horror que fazem da doença de Hansen uma maldição./ 3) Amparar e dar confiança a todos os doentes, internados ou não./ 4) Abolir, de uma vez para sempre, com o termo “Leproso”, que não tem significado científico e só faz lembrar as credices bárbaras./ 5) Difundir a evolução e as conquistas verificadas no campo Médico-Social da doença de Hansen, educando e instruindo as populações mais atrasadas./ 6) Propagar que a contagiosidade do mal de Hansen não é tão grande que cause repulsa ou medo, que é menos contagiosa que a tuberculose e que na maioria dos casos é perfeitamente curável.” (*Luz*, 08-04-1957: 1).

Esta citação traduz o modo como no Rovisco Pais concepções médicas e religiosas, em contexto, sobre a lepra se foram metamorfoseando e articulando com o tempo, tomando uma posição que contrasta e se afasta das imagens que sucedem das interpretações medievais da bíblica.

Mais ainda, através da *Luz*, os próprios doentes ganharam voz e puderam ser eles a utilizar a divisa que Bissaya havia adotado como estandarte n’*A Saúde*: pelos leprosos, contra a lepra. Através da luz, desafiam os leitores: “A estrada é longa... mas nem por isso vos falta a coragem e a fé!/ Venham... Não hesitem.../ Contra a lepra e pelos leprosos.” (*Luz*, 08-06-1957: 12). Através da *Luz* ouve-se a voz dos doentes, assim como as suas próprias concepções da lepra.

Agora a imagem difundida era diferente, mas nos primeiros anos, a instituição ajudou a consolidar a ideia de que a lepra era altamente contagiante, um mal perigoso para a sociedade que devia ser isolado.

Em oposição ao que seria um dos objetivos do programa profilático e terapêutico português, na opinião de Baltasar, nos primeiros tempos, o estigma nascia no Rovisco Pais, o estigma saía lá para fora, “os preconceitos irradiavam daqui”.

Mário que tal como Baltasar já havia estado no Curry Cabral é da mesma opinião: “Naquela altura não era considerado contagioso, só depois disto abrir é que começaram a apanhar doentes... Antes disto abrir ninguém ligava importância!”.

Os próprios diretores, os primeiros, diz Baltasar “tinham um grande estigma em relação à lepra, não sabiam bem de lepra, para eles éramos animais, bichos peçonhentos!”.

Outro aspeto que considera ter adensado este estigma foram os prémios de risco de contágio (valor monetário, variável com o nível de risco, atribuído aos funcionários da instituição). Ironiza ao referir que o prémio por risco de contágio “era só para médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Os outros não corriam riscos, as Irmãs que estavam sempre aqui connosco não corriam risco...”.

“Tivemos de carregar com este fado durante muitos anos, apesar de serem médicos.” (Baltasar). “Lá [Curry Cabral] nós, os enfermeiros, os serventes bebíamos juntos à noite no quarto! Lá eles nunca usaram luvas! Aqui éramos bichos... e ao fim de contas aqui nunca apareceu nenhum doente e lá também não. E ainda tínhamos as freiras, se não então ainda tinha sido pior.” (Mário).

Mas o estigma também se propagava através de outros meios como a Igreja. “Os padres diziam cada bacorada na igreja! Eram leigos e não sabiam nada sobre lepra.” (Baltasar). Até que o Papa Pio XII fez um congresso de leprologia em Roma onde foi dito que “das doenças transmissíveis, a lepra é a menos transmissível.” (Baltasar). Baltasar considera que por vezes os padres ainda fazem interpretações erradas das leituras bíblicas, mas que melhorou bastante.

“O risco de contágio era uma fantasia.” (Baltasar). “Diziam que isto era tão contagioso... nunca conheci ninguém que tivesse esta doença, ninguém, nem da minha família, nem da minha terra, ninguém!” (Natália).

Os doentes foram curados e foram abandonando a instituição... mas nem todos. Alguns foram mas voltaram, isolados durante demasiado tempo não se encontravam na sociedade do lado de lá dos limites do Rovisco Pais. Outros permaneceram apenas.

Desde 1996 que o Hospital-Colónia não recebe novos internos. Com a cura definitiva, os pouquíssimos novos casos e a baixa contagiosidade da doença, o isolamento foi abandonado de vez... Não poderia ter sido abandonado antes? Sim. Segundo Baltasar isso não terá ocorrido porque “para onde iam depois os funcionários?” Havia que manter o “tacho”.

Em 1996 é extinto o Hospital-Colónia e criado nas suas instalações o Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais (CMRRC-RP, 2013).

Pretendia-se que os internados fossem acolhidos em instituições médicas das suas regiões de proveniência. Eles não quiseram, insurgiram-se e escolheram ficar no local que forçosamente se havia tornado o seu lar. Permaneceram no Hospital-Colónia, no serviço de Hansen, e foram aí envelhecendo e diminuindo.

Também as irmãs já teriam abandonado a instituição, mas por interseção dos doentes permaneceram, esperando que faleça uma para então abandonar o serviço. Acompanham aqueles que são ainda excluídos da sociedade, considerando eles próprios não ter lugar nesta e, por isso mesmo, tendo regressado ao Rovisco Pais. Já não por serem portadores de lepra, mas por terem estado tanto tempo em isolamento e por pertencerem a um outro tempo. Agora, após a conversão do Rovisco Pais num Centro de Reabilitação, a lepra é invisível, considerada uma doença recôndita no tempo e espaço. A própria alteração da terminologia, de lepra para doença de Hansen, terá contribuído para esta invisibilidade.

Com a evolução do conhecimento biomédico a lepra foi substituída pela doença de Hansen. Não é mais uma ameaça, porque não é mais uma realidade. No imaginário social, ocupa agora um lugar de mito, metáfora de passado e de longínquo. É por isso que quando me perguntam “o que vais fazer?”, as reações às respostas são “ainda existe?”, “não fazia ideia”.

5. Conclusão

Biomedicina e Religião construíram-se ao longo da história como opostas. Uma oposição assente na dicotomia corpo/mente. Primeiramente utilizada pela religião para evocar a superioridade da mente face ao corpo fraco, é utilizada por Descartes para legitimar a ciência. O corpo é do domínio do real, da ciência, a mente da religião, do imaterial. Seguindo a mesma linha, a medicina ocidental desenvolve-se vocacionando-se unicamente para o corpo material e biológico, distanciando-se do irracional, da religião.

No entanto, se a biomedicina se suporia isenta, racional, eficaz e inquestionável, a antropologia médica colocaria isto tudo em causa. “Através da lente antropológica podemos ver que a biomedicina surge, de facto, de uma cosmologia, embora uma implícita e completamente secularizada” (Gaines e Davis-Floyd, 2004: 100). A antropologia médica permitiu não só colocar em causa a inquestionável validade universal da biomedicina, como compará-la com uma religião, embora a própria definição de religião seja um trabalho árduo.

Geertz tentou elaborar uma definição universal de religião. No entanto acabou por a sistematizar, negligenciando o sincretismo religioso, as reinterpretações locais, a religiosidade popular, os matizes contextuais que uma religião pode adotar. Hoje “a sociedade desafia sociólogos e antropólogos inventando novas religiões, revitalizando e pondo em dia os velhos rituais, incorporando e hibridizando crenças” (Cornejo, Cantón e Blanes, 2008: 9).

A religião desenvolveu estratégias de adaptação a um mundo em que seria suposto que já não existisse. A biomedicina surge de um movimento de secularização e modernização que pretenderia ocultar o sofrimento do mundo e, assim, também Deus, mas hoje sabemos que esta foi apenas uma utopia (Sarró, 2009).

Uma utopia em dois sentidos: nem a religião desapareceu, nem a biomedicina se constituiu como uma heroica panaceia capaz de eliminar todo o sofrimento do mundo.

Contra tudo o que seria suposto, na década de 80 Gaines e Hahn apresentaram uma visão da medicina “ocidental” como “um “sistema sociocultural”, uma construção cultural e histórica complexa com um consistente conjunto de crenças internas, regras e práticas” (Gaines e Davis-Floyd, 2004: 96). A biomedicina como uma religião, ocupando o lugar de teodiceia.

Medicina e religião não são assim universos sem nada em comum e acabam mesmo por se sobrepor, sendo procurados em situações de sofrimento e alvos de fé, de crença, de esperança. Mas o que acontece quando religião e medicina se sobrepõem? Isto foi o que procurei perceber no Rovisco Pais, onde, através da lepra, biomedicina e religião convivem deste o início.

O Rovisco Pais, localizado na Tocha, é inaugurado em 1947, na consequência de uma campanha anti lepra elaborada por Bissaya Barreto. Integra um programa abrangente que procura e higienização da sociedade portuguesa, através do isolamento dos contagiantes, da eliminação do impuro, mas também através da educação. Um programa que visa por um lado a vigilância e controlo contante da população através de brigadas e dispensários, por outro, o isolamento dos contagiantes.

Os indivíduos considerados contagiantes, eram assim remetidos para o Rovisco Pais, inseridos num sistema organizado, autónomo e total, perfeito na sua estrutura, na produtividade e manutenção através do trabalho dos doentes, na criação de uma ambiente acolhedor e desejável através do espaço e da ludoterapia. Esta instituição é um espaço disciplinar, característica que, segundo Foucault (1999[1975], 2007[1979]) permitiu a medicalização do espaço hospitalar.

Se inicialmente doentes e Irmãs consideram haver um certo estigma por parte do pessoal médico, este não se deve a uma condenação dos doentes como pecadores (a suposta imagem bíblica), mas a uma perceção da doença como contagiosa e por isso perigosa, ameaçando a saúde da população portuguesa. Com o desenvolvimento do conhecimento médico sobre a doença e a descoberta da cura, a atitude muda, já não é evitado o toque, as fronteiras entre a instituição e o exterior dissipam-se tenuemente.

As Irmãs vão para o Rovisco para cuidar dos mais pobres, dos que consideram, ainda hoje, excluídos da sociedade. Vão para uma instituição inovadora, moderna, idealizada por Bissaya Barreto, porque apesar de religiosas reúnem várias características que as distinguem de outras congregações: colocam o bem-estar dos doentes à frente da oração e as irmãs enfermeiras tinham capacidades e conhecimentos ajustadas às necessidades de um hospital moderno. Através delas a distinção entre *illness* e *disease* de Eisenberg (1977) é colocada em causa, assim como através dos cuidados prestados atualmente: pessoal médico e enfermeiros não cuidam só de feridas físicas dos ex-doentes como os conhecem sendo sensíveis às suas histórias pessoais.

É sugerido por Alice Cruz que todo o estigma existente em relação à lepra partilharia uma mesma origem: os relatos bíblicos da doença. No entanto, sendo feita uma

análise mas aprofundada da questão, sobressai que o estigma, embora sempre presente, adquire interpretações várias, através da articulação de vários fatores.

Também as interpretações dadas à doença no Rovisco variam, sendo construídas por diversas personagens, em diversos momentos, e através da articulação de perspectivas e interpretações não necessariamente coerentes. Medicina e religião movimentam-se articulando perspectivas sobre lepra, estigma, pureza e perigo.

Uma distinção cânone entre biomedicina e religião é assim colocada em causa através do contexto. Há um afastamento dos discursos teóricos de que ambas fizeram uso para se legitimarem, opondo-se entre si. Em contexto, havendo dissidências, também há similitudes que interagem quase sempre de forma inconsciente e sem criação de conflitos reais. Diferentes perspectivas adaptam-se, compreendendo-se entre si, moldando novas interpretações. Medicina e religião, não são universos incompatíveis e, para lá de qualquer diferença ideológica, conviveram e convivem no Rovisco Pais através da lepra, uma doença que pela sua história constitui precisamente um desses terrenos comuns.

Através da lepra, através do Rovisco Pais, é visível como nem biomedicina, nem religião são constructos de valor universal, incorruptíveis. Ambos são variáveis, ambos se alteram de acordo com as exigências e contingências históricas.

Contudo, a questão em análise, nas páginas que a esta precedem, é apenas uma entre muitas as que se podem colocar a partir do Rovisco Pais. Com a morte da lepra, através da sua cura, o passado, a história do Rovisco Pais, os ex-doentes que lá permanecem, são do conhecimento de poucos. Mas, como em certa altura me disseram, há muito ainda para contar. “Há aqui muito... há aqui muito para contar.”.

Referências bibliográficas

Asad, T. 2008 [1983]. The construction of religion as an anthropological category. *In*: Lambeck, M. (ed.) *A reader in the anthropology of religion*. Malden, Blackwell: 110-126.

APARF. 2010. As irmãs de São Vicente de Paulo e a assistência aos doentes de lepra no Hospital Rovisco Pais. *O Amigo do Leprosos* [Online], 90. [Consultado em 07-07-2013]. Disponível em <http://www.aparf.pt/center.asp?zone=article&id=690>.

Amendoeira, J. 2006. *Uma biografia partilhada da enfermagem: a segunda metade do século XX: 1950-2003: um contributo sócio-histórico*. Coimbra, Formasau – Formação e Saúde Lda.

Barkley, N. 2006. *O antropólogo inocente*. Lisboa, Fenda Edições.

Barnard, A. 2002. Belief. *In*: Barnard, A.; Spencer, J. (eds.) *Encyclopedia of social and cultural anthropology*. London, Routledge: 98-99.

Barreto, F. B. 1938a. Pelos leprosos, contra a lepra. *A Saúde*, VIII (171-172): 3-5.

Barreto, F. B. 1938b. Pelos leprosos, contra a lepra. *A Saúde*, VIII (173-174): 3-4.

Barreto, F. B. 1938c. Pelos leprosos, contra a lepra. *A Saúde*, VIII (177-178): 4-5.

Barreto, F. B. 1938d. Pelos leprosos, contra a lepra. *A Saúde*, VIII (181-182): 7.

Barreto, F. B. 1938e. Pelos leprosos, contra a lepra. *A Saúde*, VIII (183-184): 4.

Barreto, F. B. 1938f. Pelos leprosos, contra a lepra. *A Saúde*, VIII (187-188): 5-6.

Barreto, F. B. 1938g. Pelos leprosos, contra a lepra. *A Saúde*, VIII (189-190): 3-4.

Barreto, F. B. 1938h. Pelos leprosos, contra a lepra. *A Saúde*, VIII (191-192): 3.

Barreto, F. B. 1941. O funcionamento da Colónia-Asilo Rovisco Pais a construir em Cantanhede. *A Saúde*, XI (259-260): 2-3. [Entrevista].

Barreto, F. B. 1956. *Subsídios para a história III: Hôpital Rovisco Pais et oeuvre d'assistance sociale aux familles des lépreux*. Coimbra, Junta da Província da Beira Litoral.

Barreto, F. B. 1960. *Subsídios para a história V: a política da lepra em Portugal*. Coimbra, Junta da Província da Beira Litoral.

Barreto, F. B. 1970. *Uma obra social realizada em Coimbra II*. Coimbra, Junta da Província da Beira Litoral.

Barreto, F. B. 1972. E assim nasceu a Tocha.... *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, 11(3): 215-234.

Bastos, C. 2001. Omulu em Lisboa: etnografias para uma teoria da globalização. *Etnográfica*, V(2): 303-324.

Bastos, C. 2011. Fronteiras instáveis, corpos permeáveis: alguns mapas do medo, da política e da biologia imaginária. In: Cunha, M. I.; Durand, J. Y. (eds.) *Razões de saúde: poder e administração do corpo: vacinas, alimentos, medicamentos*. Lisboa, Fim de Século: 107-121.

Béniac, F. 1997 [1985]. O medo da lepra. In: Goff, J. (ed.) *As doenças têm história*. Lisboa, Terramar: 127-145.

Berliner, D.; Sarró, R. 2007. On learning religion: an introduction. In: Berliner, D.; Sarró, R. (eds.) *Learning religion: anthropological approaches*. Oxford, Berghahn Books: 1-20.

Botteró, J. 1997. A magia e a medicina reinam na babilónia. In: Goff, J. (ed.) *As doenças têm história*. Lisboa, terramar: 11-37.

Burgess, R. G. 1997. *A pesquisa de terreno: uma introdução*. Oeiras, Celta Editora.

Campos, 2007

Castro, S. M. S.; Watanabe, H. A. W. 2009. Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, 16(2): 449-487.

CMRRC-Rovisco Pais. [Acedido em 10-01-2012]. <http://www.roviscopais.min-saude.pt/>.

Cornejo, M.; Cantón, M.; Blanes, R. L. 2008. Introducción: la religión en movimiento. In: Cornejo, M.; Cantón, M.; Blanes, R. L. (eds.) *Teorías y prácticas emergentes en antropología de la religión*. Donostia, ANKULEGI antropologia elkartea: 9-20.

Bastos, C. 2001. Omulu em Lisboa: etnografias para uma teoria da globalização. *Etnográfica*, Vol. V (2): 303-324.

Cruz, A.; Matos, V.; Xavier, S.; Quintais, L.; Santos, A. L. 2006. O Hospital-Colónia Rovisco Pais e os múltiplos desdobramentos da lepra: etnografia e interdisciplinaridade. In: Cruz, F. (ed.) *Actas do II Congresso Internacional sobre Etnografia, Montemor-o-Novo, 7-8 Julho 2006*. [CD-ROM]. Póvoa de Varzim, Associação AGIR: 68-79.

Cruz, A. 2008. *A lepra entre a opacidade do véu e a transparência do toque: interstícios de sentido na última leprosaria portuguesa*. Dissertação de Mestrado em Sociologia; Programa de Pós-Colonialismos e Cidadania Global, Faculdade de Economia, Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra.

Damásio, A. R. 1994. *O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano*. Mem Martins, Publicações Europa América.

Descartes, R. 1644. *Principia philosophiae*.

Diário da República, 1947. I série, nº177. 2 de Agosto: 749-756.

Diocese de Coimbra, 2010. Testemunhos vivos: acompanhando os ex-leprosos. *O Amigo do Povo* [Online], 7 de Novembro 2010.

Douglas, M. 1991[1966]. Pureza e perigo: ensaio sobre as noções de poluição e tabu. Lisboa, Edições 70.

Douglas, M. 1991. Witchcraft and leprosy: two strategies of exclusion. *Man, New Series*, 26(4): 723-136.

Durkheim, E. 2008[1912]. The elementary forms of religious life. In: Lambeck, M. (ed.) *A reader in the anthropology of religion*. Malden, Blackwell: 34-47.

Economou, C.; Kjellström, A.; Lidén, K., Panagopoulos, I. 2013. Ancient-DNA reveals a new Asian type of *Mycobacterium leprae* in medieval Scandinavia. *Journal of Archaeological Science*, 40: 465-470.

Eisenberg, L. 1977. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1: 9-23.

Evans-Pritchard, E. E. 2010[1976]. The notion of witchcraft explains unfortunate events. *In: Good, B. J.; Fischer, M. M. J.; Willen, S. S.; Good, M. J. D. (eds.) A reader in medical anthropology.* United Kingdom, Wiley-Blackwell: 18-25.

Foucault, M. 1978 [1961]. História da loucura na idade clássica. São Paulo, Editora Perspectiva.

Foucault, M. 1999. *Vigiar e Punir*. Petrópolis, Editora Vozes. Foucault

Foucault, M. 2007. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro, Edições Graal.

Gaines, A. D.; Davis-Floyd, R. 2004. Biomedicine. *In: Ember, C. R.; Ember, C. R. (eds.) Encyclopedia of medical anthropology: health and illness in the world's cultures. Volume I: topics.* New York, Kluwer Academic/ Plenum Publishers: 95-109.

Geertz, C. 1973. *The Interpretation of Cultures*. New York, Basic Books:3-30

Geertz, C. 2008 [1966]. Religion as a cultural system. *In: Lambeck, M. (ed.) A reader in the anthropology of religion.* Malden, Blackwell: 79-81.

Goffman, E. 1961. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, Editora Perspectiva.

Good, B. J.; Fischer, M. M. J.; Willen, S. S.; Good, M. J. D. 2010. Introduction: setting the stage: historical antecedents to contemporary medical anthropology. *In: Good, B.J.; Fischer, M. M. J.; Willen, S. S.; Good, M. J. D. (eds.) A reader in medical anthropology.* United Kingdom, Wiley-Blackwell: 9-14.

Good, B. J. 2010 [1994]. Medical anthropology and the problem of belief. *In: Good, B.J.; Fischer, M. M. J.; Willen, S. S.; Good, M. J. D. (eds.) A reader in medical anthropology.* United Kingdom, Wiley-Blackwell: 64-76.

Gould, T. 2005. *A disease apart: leprosy in the modern world*. New York, St. Martin's Press.

Helman, C. G. 2007. *Culture, health and illness: fifth edition*. London, Hodder Education.

Huber, M. T. 2002. Christianity. *In: Barnard, A.; Spencer, J. (eds.) Encyclopedia of social and cultural anthropology.* London, Routledge: 145-148.

Kleinman, A.; Eisenberg, L.; Good, B. 1978. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88: 251-258.

Kleinman, A.; Brodwin, P. E.; Good, B. J.; Good, M. J. D. 1994. Pain as human experience: an introduction. In: Good, M. J. D.; Brodwin, P. E.; Good, B. J.; Kleinman, A. (eds.) *Pain as human experience: an anthropological perspective*. Berkeley, University of California Press: 1-28.

Kleinman, A. 1997. *Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine*. Berkeley, University of California Press.

Lambeck, M. 2008. General introduction. In: Lambeck, M. (ed.) *A reader in the anthropology of religion*. Malden, Blackwell: 1-17.

Lambert, H. 2002. Medical anthropology. In: Barnard, A.; Spencer, J. (eds.) *Encyclopedia of social and cultural anthropology*. London, Routledge: 540-545.

Leandro, J. A. 2009. A hanseníase no Maranhão da década de 1930: rumo à Colônia do Bonfim. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, 16(2): 433-447.

Levison, J. H. 2003. Beyond quarantine: a history of leprosy in Puerto Rico, 1898-1930's. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, 10 (suplemento 1): 225-245.

Martins, M. G. 2000. O Estado Novo e a Igreja católica em Portugal (1933-1974). In: *Sociedade portuguesa: passados recentes, futuros próximos. Actas do IV Congresso Português de Sociologia, Coimbra, 17-19 Abril de 2000*. Universidade de Coimbra, Associação Portuguesa de Sociologia [Online]. [Consultado em 02-07-2013]. Disponível em http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462e076ebe701_1.PDF.

Matos, V. M. J.; Santos, A. L. 2013. Diagnóstico, terapêutica e investigação científica. In: Xavier, S.; Providência, P. (eds.) *Leprosaria Nacional*. Porto, Dafne Editora: 99-123.

Mellagi, A. G.; Monteiro, Y. N. 2009. O imaginário religioso de pacientes de hanseníase: um estudo comparativo entre ex-internos dos asilos de São Paulo e atuais portadores de hanseníase. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, 16(2): 489-504.

Monteiro, Y. N. 2003. Prophylaxis and exclusion: compulsory isolation of Hansen's disease patients in São Paulo. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, 10(suplemento1): 95-121.

Namora, V. 1997. *Bissaya Barreto: o homem e a obra*. Coimbra, Fundação Bissaya Barreto.

Nunes, L. 2003. *Um olhar sobre o ombro: enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures, Lusociência.

Pandya, S. S. 2003. The first international leprosy conference, Berlin, 1897: the politics of segregation. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, 10(suplemento1): 161-177.

Porter, R. 1997. Chapter IV: medicine and faith. *The greatest benefit to mankind: a medical history of humanity*. New York, W. W. Norton & Company: 83-105.

Província Portuguesa das Filhas da Caridade de S. Vicente de Paulo, 2013

Quintais, L. 1998. Um homem escondido dentro do homem inexistente: uma situação de diagnóstico de uma desordem psiquiátrica. *Etnográfica*, 2(1): 15-53.

Reis, J. C. 1998. *O sorriso de Hipócrates: a integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa, Veja.

Robertson, J. 2003. Leprosy and the elusive *M. leprae*: colonial and imperial medical exchanges in the nineteenth century. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, 10(suplemento1): 13-40.

Ruel, M. 2008 [1982]. Christians as believers. In: Lambeck, M. (ed.) *A reader in the anthropology of religion*. Malden, Blackwell: 97-109.

Saraiva, C. 2011. Energias e curas: a Umbanda em Portugal. *Revista Pós Ciências Sociais*, 8(16): 55-76.

Sarró, R. 2009. O sofrimento como modelo cultural: uma reflexão antropológica sobre a memória religiosa na diáspora africana. In: Ferreira, L. S.; Pussetti, C. (eds.) *Os saberes da cura: antropologia da doença e práticas terapêuticas*. Lisboa, ISPA: 33-51.

Scheper-Hughes e Lock, 1987

- Singer, M. 2004. Critical medical anthropology. *In*: Ember, C. R.; Ember, C. R. (eds.) *Encyclopedia of medical anthropology: health and illness in the world's cultures. Volume I: topics*. New York, Kluwer Academic/ Plenum Publishers: 23-30.
- Silva, M. S. 1962. Hospital-Colónia Rovisco Pais: última leprosaria do continente português. *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, 1(3): 10-41.
- Silva, R. I. 2009. *As Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo em Portugal*. Lisboa, Colibri.
- Sontag, S. 1988. *AIDS and its metaphors*. New York, Farrar, Strauss and Giroux.
- Sousa, P. 1999. *Bissaya Barreto: ordem e progresso*. Coimbra, Minerva.
- Souza, E. F. A. A.; Luz, M. T. 2009. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, 16(2): 393-405.
- Spradley, J. P. 1979. *The ethnographic interview*. California, Harcourt.
- Xavier, S. 2011. Em diferentes escalas: as políticas da saúde na configuração arquitetónica de uma leprosaria portuguesa. *XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais, Diversidades e (Des)Igualdades*, Salvador, 7 a 10 de Agosto de 2011. Universidade Federal da Bahia (UFBA) – PAF I e II, Campus de Ondina.
- Veer, P. V. 2002. Religion. *In*: Barnard, A.; Spencer, J. (eds.) *Encyclopedia of social and cultural anthropology*. London, Routledge: 726-733.
- Verde, F. 1997. A cristandade dos leopardos, a objetividade dos antropólogos e outras verdades igualmente falsas. *Etnográfica*, 1(1): 113-131.
- World Health Organization, 2012a. *Leprosy (Hansen's disease)*. [Online]. [Geneva], World Health Organization. [Acedido em 22-10-2012]. Disponível em: http://www.wpro.who.int/mediacentre/factsheets/fs_20120309_leprosy/en/.
- World Health Organization, 2012b. *Leprosy elimination: leprosy today*. [Online]. [Geneva], World Health Organization. [Acedido em 22-10-2012]. Disponível em: <http://www.who.int/lep/en/>.