

Leprosaria de Cumura: história, etnografia e fotografia – intercepções

Leprosarium of Cumura: history, ethnography and photography – interceptions

Luís Manuel Neves Costa

Departamento de Ciências da Vida / Antropologia, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra
CRIA (Centro em Rede de Investigação em Antropologia)
Doutorando em Antropologia
luismncosta@gmail.com

Resumo

Na periferia de Bissau foi criada pela autoridade colonial (em 1951), uma leprosaria para isolamento dos doentes da colónia Guiné portuguesa. Cumura emergia como espaço de confinamento da lepra. A igreja católica assumia a responsabilidade na assistência, evitando assim a expansão dos protestantes evangélicos na colónia. Não havendo missionários portugueses com formação específica, o Prefeito Apostólico solicitou à Província de Santo António de Veneza o envio de missionários franciscanos, entretanto expulsos do Tibete por Mao Tsé Tung. Partindo da investigação em arquivo e da investigação etnográfica, este artigo pretende resgatar e conferir visibilidade à história da Leprosaria de Cumura, entrecruzando a história, a etnografia e a fotografia desta instituição, designada na atualidade como Hospital do Mal de Hansen, uma referência na assistência médica na Guiné-Bissau e para outros países da África Ocidental.

Palavras Chave:

Lepra, leprosaria, Cumura, Guiné portuguesa, história da medicina.

Abstract

On the outskirts of Bissau a leprosarium was created by the colonial authority for the isolation of portuguese Guinea colony patients . Cumura was emerging as a leprosy confinement space. The Catholic church took responsibility in assisting, thus avoiding the expansion of evangelical Protestants in the colony. As there weren't any portuguese missionaries with specific training, the Apostolic Mayor asked the Province of St. Anthony of Venice to send Franciscan missionaries who had been expelled from Tibet by Mao Tsé Tung. Based on the filled research and on the ethnographic research, this article aims at rescuing and providing visibility to the Cumura Leprosy, combining the history, ethnography and photography of this institution currently known as Hospital do Mal de Hansen, a reference in medical assistance in Guinea-Bissau and for other West African countries.

Key Words:

Leprosy, leprosarium, Cumura, portuguese Guinea, history of medicine.

Introdução

Para os europeus, a lepra “encaixava-se” na representação de doença tropical [1], reconhecida como a doença do “outro”. As descobertas marítimas, o comércio, as guerras, a escravatura e a emigração, contribuíram em muito para a sua difusão. A doença do espaço colonial ameaçava tornar-se doença do espaço metropolitano. O trânsito de pessoas, medeava o trânsito de novas ameaças – a ameaça da doença. A lepra foi disseminada pelo “continente negro” através das diferentes comunicações estabelecidas entre os diferentes povos.

Em 1901 o colonialista Eduardo Costa lamentava “(...) não [haver] em qualquer das nossas colónias um hospital de leproso... ora a lepra, a elephantiasis, corroe e gangrena grande número de raças negras.” [2] O governador da colónia, Carvalho Viegas, salientava que a lepra era o principal problema de saúde na Guiné a seguir às Boubas e ao Paludismo, registando-se em 1944, 340 casos de lepra e um acréscimo, entre 1942 e 1944, de aproximadamente 50%, num universo de 350.000 habitantes [3].

Também a metrópole se debatia com o flagelo da lepra. Só em setembro de 1947, foi materializado o combate da doença, aquando da inauguração da Leprosaria de Rovisco Pais, ambicioso projeto higienista do Estado-Novo. À semelhança do que acontecia na metrópole, tentou-se debelar a lepra nas colónias, instituindo as medidas julgadas necessárias para uma boa profilaxia e combate da doença. Na base das campanhas, estavam os meios adotados na metrópole, bem como:

(...) outras disposições condicionadas por uma mentalidade diferente por parte dos habitantes, pertencentes às raças mais diversas, com os seus costumes, as suas crenças, os seus fetiches e tabus, alguns deles ainda arreigados às práticas fetichistas, condicionando todos os atos importantes da sua vida pela consulta do feiticeiro da tribo, e estando além disso, uma grande parte, afastados da civilização e vivendo duma maneira primitiva [4].

A estratégia de terapêutica e profilaxia no espaço colonial, utiliza como referência a estratégia biopolítica de medicina social da metrópole. Todas as atividades foram orientadas pela Direção dos Serviços de Saúde do Ministério do Ultramar e chefiadas por médicos com preparação no Hospital Rovisco Pais e no Instituto de Medicina Tropical de Lisboa [5]. A profilaxia anti-lepra assentava essencialmente na inscrição dos doentes, no diagnóstico precoce, no isolamento dos contagiosos e no seu tratamento. Os elementos profiláticos preconizados eram a leprosaria, o dispensário com as brigadas móveis e o preventivo [4].

Da aldeia de leproso ao Hospital do Mal de Hansen

A lepra representava um problema social e económico na vida da colónia, na medida em que deformava, debilitava e incapacitava o corpo do “outro”. Uma tese apresentada no Congresso Comemorativo do V Centenário do Descobrimento da Guiné (CCVCDG) Carlos Barral Moniz Tavares, salienta o valor da mão-de-obra indígena como um valor a conservar:

As colónias não podem prescindir da mão-de-obra indígena. Para que dela se possa usufruir o maior proveito é necessário que as populações indígenas possuam boa capacidade para o trabalho e, portanto, se lhe proporcionem boas condições de higiene individual e geral. (...) A Guiné é uma colónia essencialmente de natureza agrícola, e, como tal, necessita de uma população nativa numerosa, pois é nela que se recrutará a indispensável mão-de-obra. Para que haja uma população indígena suficiente tem de se procurar atingir dois fins primordiais: diminuir a mortalidade e aumentar a natalidade [6].

Em proporção, a Guiné era a colónia com maior número de casos de lepra, “o que podia acarretar uma quebra da vitalidade do povo, conduzindo a uma incapacidade dos indígenas com perda da sua função social e da sua capacidade de trabalho, resultando daí prejuízo para eles e para a Nação [7]. Está bem patente o pendor biopolítico da autoridade colonial no controlo das pestilências, epidemias, dos agentes infecciosos e da população. As possibilidades de se conhecer a doença, as condições da sua etiologia e desenvolvimento, tal como as condições propícias à sua evolução, surgem na medida da “economia” do corpo [8]. Importava prestar, “aos indígenas uma assistência médica cuidadosa e continuada, tratando-os convenientemente quando doentes, isolando-os quando se trate de doença infecto contagiosa, proporcionando-lhes os meios de melhorar e robustecer a raça” [9].

Em inícios da década de 1950, chegavam à metrópole informações de médicos a trabalhar na Guiné, que apontavam no sentido da lepra tender a “... aumentar entre as populações nativas com graves riscos para o futuro” [10]. Este facto, conduziu o Ministro do Ultramar a emitir um despacho para organização de uma Missão que tinha por objetivo avaliar a extensão da endemia, estudar os focos de lepra existentes e a sua distribuição, bem como estabelecer as bases para o seu combate. Salazar Leite, professor do Instituto de Medicina Tropical, chefiou a Missão de Combate à Lepra na província portuguesa da Guiné [11] observando num vasto inquérito de amostragem, 94.389 “indígenas”, cerca de 20% da população dita “não-civilizada”, considerou a incidência da doença como alarmante, ao apurar a taxa de 25,73% [11]. Comentava então, o Prof. Salazar Leite, em 1952:

Não me parece conveniente separar o problema da lepra dos restantes problemas sanitários que os membros de uma nação civilizada, perante um mundo civilizado, têm por obrigação de resolver para bem dos nativos. Uma melhoria da ocupação sanitária da Guiné, julgo ser o caminho, dando a todos os médicos que lá trabalham o auxílio necessário e os meios terapêuticos de que hoje (...) já se dispõe para o ataque à lepra [12].

Controlar e tratar a lepra emergia como elemento da "missão civilizadora" do Estado colonial. Importava debelar a lepra que alastrava na Guiné, onde não existiam medidas de controlo do avanço da doença, como referem as médicas, detentoras do curso de medicina tropical, Julieta Gandra e Cecília Patuleia, na comunicação apresentada no Congresso Comemorativo do Quinto Centenário do Descobrimento da Guiné:

(...) os leprosos vivem em inteira liberdade passeando à vontade (...) nas ruas de Bissau. Os hábitos sociais, o desconhecimento total dos preceitos de higiene e a promiscuidade, somam-se como elementos de difusão da doença, à falta de controle das autoridades locais. Tal controle só se torna possível se à máquina sanitária se derem os instrumentos devidamente articulados (...) [3].

Com a ida do colonizador também foi um sistema de saúde, apoiado em teorias e práticas ocidentais que passaram a desempenhar um papel importante na cartografia das doenças na Guiné, contribuindo para um redefinir das relações do "nativo" com o novo sistema de saúde. Era necessário criar leprosarias onde obrigatoriamente fossem internados os doentes que apresentando lesões originassem contágiosidade, tratando-os cientificamente. As leprosarias deviam-se constituir como colónias agrícolas isoladas, "(...) evitando-se assim a ociosidade que, afetando o moral dos doentes, não permitirá tirar do tratamento tão bons resultados (...)" [13].

Noutra tese apresentada no CCVCDG, o antigo clínico na Guiné, Francisco Nunes Blanco, propôs a adaptação de uma das ilhas do arquipélago dos Bijagós, para ilha-leprosaria, onde os leprosos seriam reunidos e isolados e, onde apesar da sua doença, poderiam exercer nos campos, trabalho aproveitável "(...) diminuindo com ele o custo da sua vida" [14]. Mais uma vez, subjacente ao valor do doente, está o valor do seu trabalho, o valor da sua mão-de-obra.

Como a Guiné era um território pequeno, bastou a criação de um único ponto para a concentração de doentes e de um dispensário (na zona do Alto Crim). O local eleito pelo governador Sarmiento Rodrigues (em 1945) para a futura leprosaria seria a zona de Cumura (a 14km de Bissau), vindo o governo da Metrópole a incluir a sua construção nos Planos de Fomento da Guiné. O governo

interessou-se por esta obra e as missões religiosas ofereceram a sua colaboração [15].

Os protestantes evangélicos mostraram-se interessados na erradicação da lepra na Guiné. Leslie Brierley em nome da *Worldwide Evangelisation Crusade*, escreveu ao Governo da Guiné em 17 de julho de 1947 a pedir autorização para colaborar no combate à lepra. Dois anos depois, a missionária inglesa, Edith Moules,¹ deslocou-se a Lisboa para abordar com o Governo a assistência aos leprosos da Guiné: Este autorizou, a 13 de agosto de 1949, a entrada de Herbert Raymond Billman, na colónia. Este elaborou um vasto plano de realizações [16], das quais se destaca a implantação duma leprosaria em Cumura.

Pelo lado da igreja católica, o Prefeito Apostólico da Guiné, Monsenhor Martinho da Silva Carvalhosa, ofereceu o apoio, interesse e empenho das missões católicas, para trabalhar na leprosaria. Em 1951, a Aldeia dos Leprosos de Cumura foi entregue à responsabilidade dos Serviços de Saúde da Guiné e determinada a "sequestração" dos doentes da colónia, devendo-se proceder ao esquadrihar da lepra e do seus portadores:

Verificando-se ser elevado o número de leprosos existentes em toda a colónia, torna-se urgente e inadiável proceder à sua sequestração em estabelecimento adequado a esse fim. Tendo sido escolhido há muito o local designado por "Cumura" na ilha de Bissau, para a instalação de uma leprosaria central. Considerando que não é possível, por enquanto, a construção de um estabelecimento de tão grande projeção, resolveu o governo, no intento de se iniciar imediatamente uma campanha de combate a esta terrível doença, fazer executar naquele local instalações onde se possam receber alguns doentes e que se denominará Aldeia dos Leprosos [17].

Após um período de pesquisa de doentes (iniciada em maio de 1951), a Leprosaria de Cumura, abriu oficialmente com 261 doentes, em 22 de abril de 1952 (o Dispensário no Alto Crim seria inaugurado em 1954). Por este tempo, a colónia da Guiné debatia-se com falta de pessoal missionário português para suprir as carências. Era preciso evitar que a leprosaria caísse nas mãos dos protestantes que conquistavam espaço na colónia. O Prefeito Apostólico tinha conhecimento que alguns franciscanos da Província de Santo António de Veneza, tinham sido expulsos da leprosaria de Mosimien (Tibete) podendo ser aproveitados para a nova Missão. Nesse sentido, enviou uma carta convidando a Província para enviar os

1 - Missionária, que trabalhou com leprosos. Edith Moules – "Ma Moli" - iniciou o seu trabalho em 1927 no Congo Belga, enviada pela *Worldwide Evangelisation Crusade* e abrindo uma clínica para leprosos em Naga. Durante 12 anos tratou cerca de 200 doentes de lepra, diariamente. O seu marido morre em 1947 e passado algum tempo decide ir à Guiné. Consegue visto, para ela e mais quatro missionários, estabelecendo a Missão Evangélica no Tratamento da Lepra. Foram abertos vários dispensários para ajudar os leprosos da Guiné. Por semana eram atendidas cerca de 700 pessoas.



Fig. 1: Os três primeiros missionários franciscanos que chegaram à Guiné com destino a Cumura: Fr. Cardin, Fr. Andreatta e Pe. Ferrazzetta [21]

missionários para Cumura, trabalharem na leprosaria e aí abrir uma missão católica [18]. O convite foi acolhido e chegaram a Bissau os três primeiros missionários franciscanos italianos a 6 de maio de 1955, indo trabalhar de imediato na Aldeia dos Leprosos. Esta primeira caravana de missionários (fig. 1) integrou o Pe. Artur Ferrazzetta (em religião: Pe. Settimio) que foi o superior da Missão e dois missionários-enfermeiros com experiência em cuidar doentes com lepra – Fr. José Andreatta (em religião: Fr. Sebastião) e Fr. João Cardin (em religião: Fr. Epifânio), o primeiro com 22 anos e o segundo com 4 anos de trabalho em leprosas do Tibete, ambos expulsos em 1951 pelo partido comunista chinês de Mao-Tsé-Tung [19, 20].

Mais tarde chegaram novos reforços de missionários franciscanos tornando possível lançar uma assistência sanitária sob a forma de brigadas móveis, a tabancas mais afastadas, vigiando, tratando e encaminhando doentes com lepra, a partir da leprosaria.

A leprosaria era uma aldeia de 18 pobres palhotas (fig. 2), com paredes de adobe, sem pavimento, isolada no meio do mato e chegando-se até ela por uma estrada de terra, desde Cumura Pepel, conhecida por muitos, pela estrada da morte. Cubambono, antigo doente, descreve a leprosaria quando chegou na década de 1950, "quando cheguei, existia só uma casa pequena, onde é hoje a administração. Era a única casa de construção definitiva, coberta com telhas e era onde fazíamos os curativos das feridas. As casas à volta eram cobertas de palha, havia nove casas de cada lado de uma estrada" (E.1).

A cozinha era desprovida de mesas e talheres. As panelas eram feitas de *bidons* de gasóleo cortados ao meio. O fogão? Três pe-



Fig. 2: Panorâmica da aldeia de leprosos de Cumura, em 1954 [21]

dras no meio da cozinha, sobre as quais se apoiava o *bidon* de arroz para cozer. A fonte mais próxima estava a um quilómetro da leprosaria e a água era transportada para o hospital em carros de bois. Os doentes que podiam cuidavam da terra produzindo alimentos e tratavam de gado, assegurando o alimento.

Era uma aldeia com 205 leprosos, desfigurados no rosto, mutilados nos membros, sem mãos, sem dedos, com os pés totalmente deformados e o corpo carregado de feridas nauseabundas. Viviam cerca de 12 doentes por palhota, de 4 quartos e corredor central. Os doentes caminhavam sem sandálias, com os pés almofadados com algodão e enfaixados em ligaduras de gaze, para impedir que o pó ou a lama entrassem nas chagas. Todas as manhãs os leprosos iam tomar a medicação, fazer a lavagem e os curativos das suas feridas (fig. 3), "a única coisa que Fr. Epifânio exigia, era que na hora da medicação estivesse toda a gente presente. Todos tomavam os medicamentos na sua presença... Fr. Epifânio fazia a chamada com uma lista e chamava um por um" (E.1). O diretor do hospital, Dr. Mário Ludgero Veiga, restringiu os movimentos dos internados, ninguém podia andar livremente fora do hospital, contaminando a sociedade com a sua deformidade, "não permitia que nenhum doente saísse aqui da zona do hospital, nem que fosse para ir lá acima a casa dos padres. Não aceitava!" (E.2). Fr. Ernesto, missionário franciscano chegado à Guiné em 1967, relembra os tempos de controlo apertado dos doentes da lepra:

Naquela altura havia muitos leprosos. A leprosaria não era um hospital, era uma aldeia onde isolavam os doentes que traziam e viviam como em qualquer aldeia, mas não podiam sair da zona de Cumura. Ficavam sempre internados, porque a doença deles era muito avançada. Era aqui em Cumura, no espaço da leprosaria, da aldeia, que eram "arrumados" todos os leprosos graves da Guiné, que vinham de todas as regiões. Eram arrumados lá ao fundo, eram isolados e eram impedidos de sair, de ir a Bissau... só podiam andar por aqui! (E.3).

Além da assistência sanitária diária dos doentes na leprosa-



Fig. 3: Fr. Epifâneo a cuidar de um doente [21]

ria, os missionários desenvolveram também assistência social e espiritual, ministrando catequese [20] e construindo uma igreja junto ao hospital. A difusão da fé católica, constituía-se como um motor no trabalho com os leprosos, levando à criação da missão católica de Cumura.

Na leprosaria trabalhavam dois enfermeiros africanos, que com medo de serem infectados pediram transferência, tal era o volume de trabalho e a prestação de cuidados de

saúde. Todos os dias, na sala de medicação passavam mais de duas centenas de doentes para serem tratados. Mais tarde, chegaram novos missionários franciscanos tornando possível, a partir da leprosaria, desenvolver assistência sanitária sob a forma de brigadas móveis, a tabancas (aldeias) mais afastadas, vigiando, tratando e encaminhando doentes com lepra:

Na altura o governo da Guiné preparou muitos enfermeiros, muito bons enfermeiros na leprologia. Eram enfermeiros africanos que iam fazer a pesquisa em todas as aldeias do território e procuravam os doentes da lepra. Se ainda estavam normais, davam os medicamentos lá na aldeia. Se tivessem problemas mais graves, traziam-nos para Cumura (E.3).

Por portaria do governo da colónia, e na sequência das resoluções dos Congressos Internacionais de Lepra realizados em Havana (1948) e Buenos Aires (1951), foi abolida a palavra "lepra" sendo substituída por "mal de Hansen" assim como a designação de leprosaria, passando a designar-se a até então, Aldeia de Leprosos de Cumura, por Hospital-Colónia de Cumura [22].

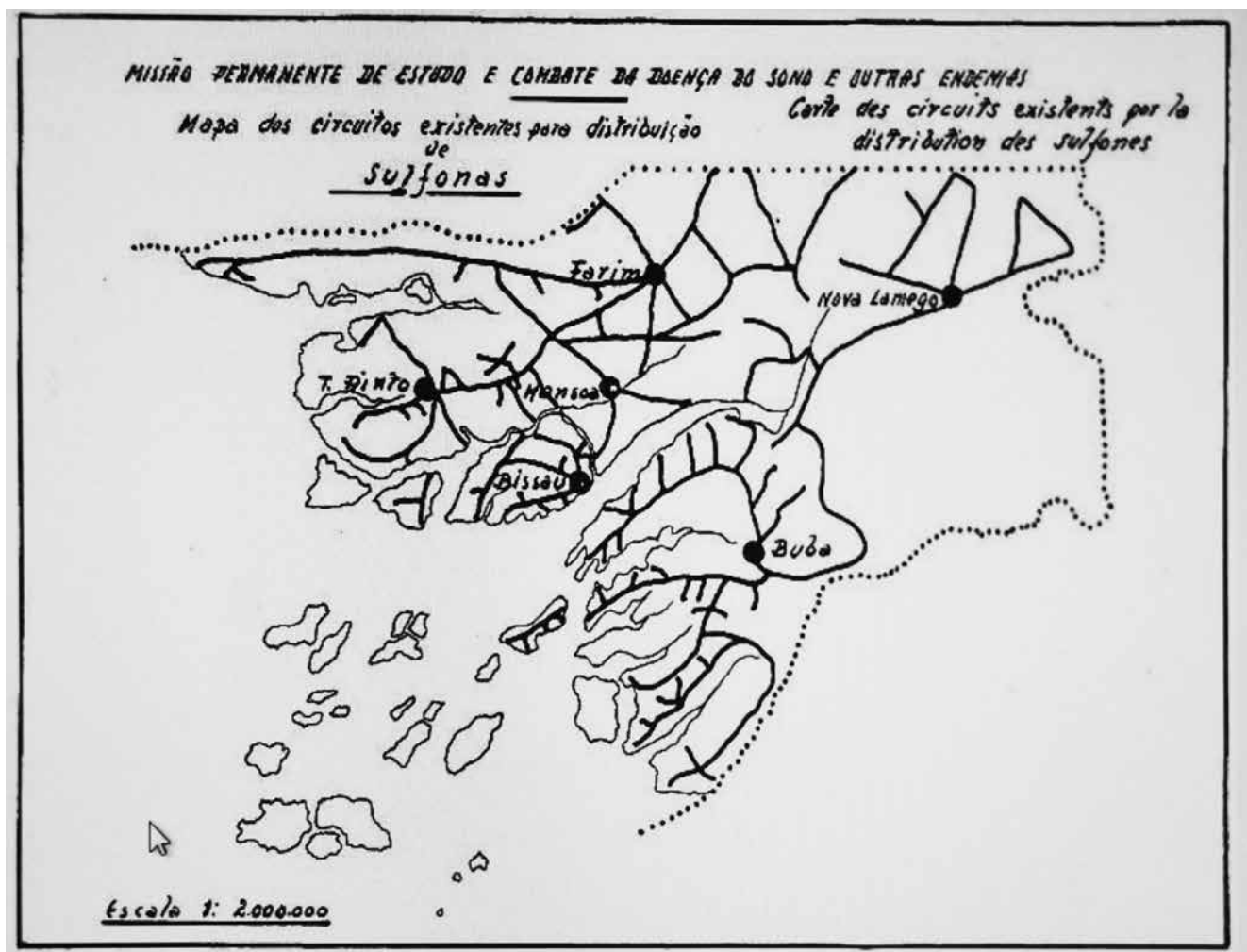


Fig. 4: Circuitos para distribuição das Sulfonas [24]

Eram isolados todos os doentes encontrados com lepra, infecciosos ou não. Bastava que tivessem chagas ou deformidades nas mãos ou pés. A partir de 1 de julho de 1958, passou a estar dependente da Missão para a Luta contra a Doença do Sono, impondo um novo regime de internamento: só seriam internados doentes considerados contagiosos, mediante exame microscópico do sangue e do muco nasal; todos os outros doentes, negativos, mesmo que tivessem chagas ou tivessem mutilações, seriam identificados e tratados no seu meio familiar e semanalmente visitados por enfermeiros das brigadas móveis (que se deslocavam em motas), para administrarem a medicação (a Sulfona). O combate da doença era feito de modo a "tornar o tratamento o menos incómodo possível para os doentes, levando-se-lhes o medicamento até próximo das suas residências, em vinte e seis tabancas-enfermaria (fig. 4), constatando-se boa assiduidade ao tratamento em todos os sectores" [23].

Com esta decisão tiveram alta do hospital 121 leprosos, com baciloscopia negativos, embora muitos com graves deformidades. Permaneceram no hospital 62 doentes positivos e o número de palhotas passou a nove. Em catorze anos, a administração colonial pouco fez para melhorar as condições do hospital, propondo os missionários a sua cedência e eles se encarregariam de reconstruir e melhorar todo o hospital. Em 9 de maio de 1969, o hospital foi entregue à Missão Católica de Cumura:

Considerando que os Missionários Franciscanos de Venezuela, que vieram para esta Província para se ocuparem do tratamento da lepra no Hospital-Colónia de Cumura, se adaptaram às exigências do tratamento dos leprosos, revelando muita dedicação, espírito humanitário e de sacrifi-

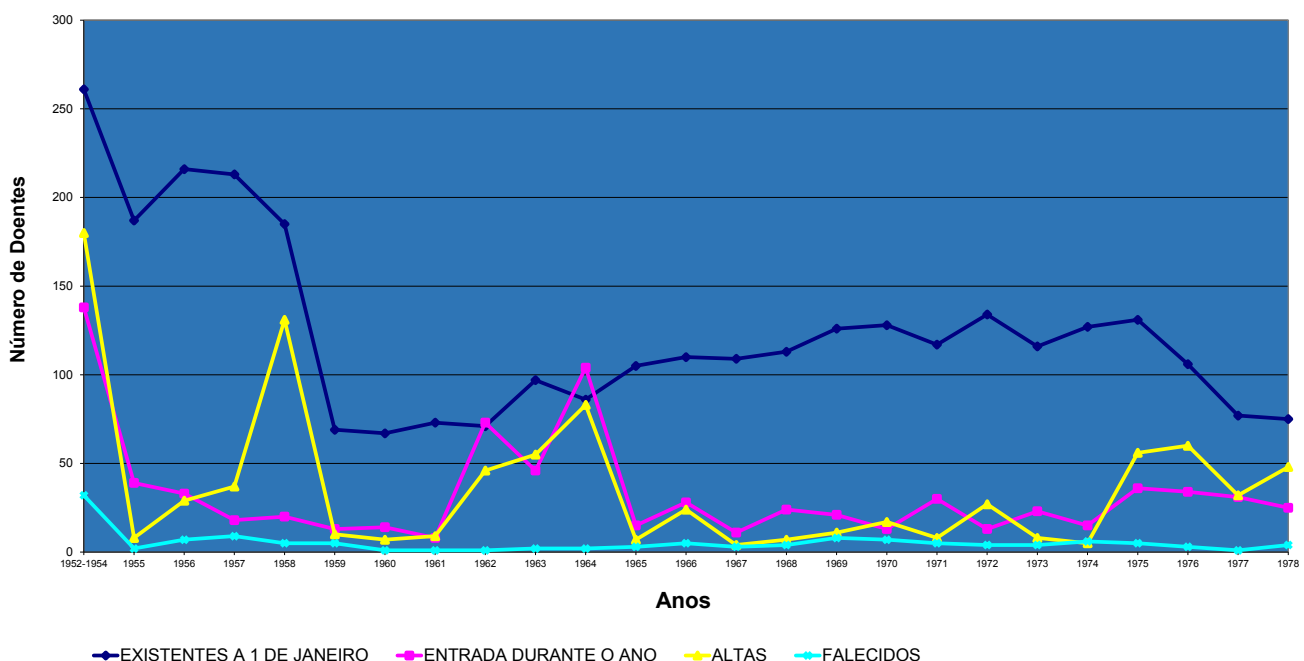
cio, realizando trabalho a todos os títulos notável, sendo de salientar as obras de carácter religioso e social durante a curta permanência naquele Hospital-Colónia (...) Os terrenos que faziam parte da Reserva do Estado a cargo da Missão de Combate às Tripanossomíases (...) situados na região de Cumura, área do Posto Administrativo de Prábis, concelho de Bissau, confrontando pelo Norte, Este e Oeste com o rio Pefiné e pelo Sul com baldios e Missão Católica de Cumura, passem a constituir uma reserva parcial para o tratamento da lepra, a cargo da Missão católica de Cumura [25].

Com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian, as obras do hospital avançaram [26], permitindo a passagem do internamento em palhotas para pavilhões de construção definitiva com capacidade para acolher 140 doentes [27].

O medo do contágio levou a que fosse construído, nas proximidades, um preventório (Lar João XXIII) para acolher os filhos dos internados com doença. Segundo diretrizes internacionais, não era aconselhável as crianças permanecerem no hospital-colónia. Em dezembro de 1970 foram retirados os filhos dos doentes, "cerca de 25 crianças, de um, dois, três anos" (E.3) e colocados ao cuidado de freiras que viviam perto do local. As crianças voltaram para junto dos pais em 1973, altura em que "já se falava" da reduzida possibilidade de transmissão da doença, graças à eficácia da medicação. Caro, enfermeiro, confirma essa perspetiva ao afirmar que "até hoje não há filhos de Cumura, doentes!" (E.4).

Outro projeto idealizado pelo Padre Settimio foi a construção duma aldeia, destinada a acolher antigos doentes mutilados pela lepra, "(...) com perda total ou quase total

Gráfico 1: Movimento de doentes na leprosnaria de Cumura no período entre 1952 e 1978 [29]



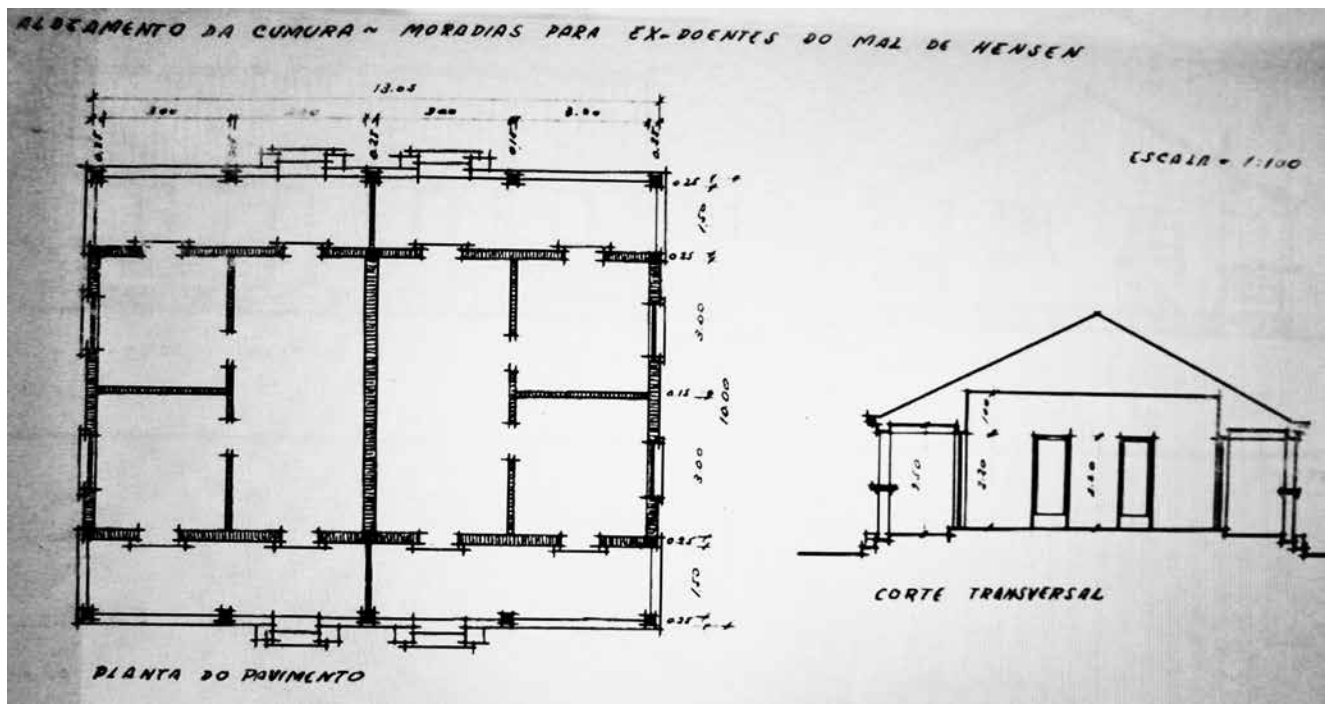


Fig. 5: Projeto das habitações para a aldeia de ex-leprosos [21]

das falanges das mãos. Perda do metacarpo e/ou do metatarso. Perda total do pé até ao calcanhar" [28]. A ideia surgiu em 1958, quando tiveram alta os 121 doentes considerados clinicamente curados. Verifica-se que o número de doentes internados reduz-se após 1958, graças à possibilidade de terapêutica em ambulatório, contudo vai-se manter aproximadamente constante, pois os doentes não tinham possibilidade de alta por falta de acolhimento das suas famílias e comunidades, e ainda porque tinham graves limitações físicas (graf. 1

Num relatório, o Superior da Missão apresentava o problema do elevado número de doentes com internamento permanente, "os doentes internados (...) são doentes 'fixos', destinados ao internamento até à morte por causa das mutilações e deformações nas mãos e nos pés, e outros por se encontrarem 'positivos', isto é perigosos. A quase totalidade dos leprosos internados não tem esperança de recuperação física ou para utilidade da sociedade." [30] Decerto seriam alvo de medo, maus-tratos, abandono, estigma e negligência das famílias e comunidades. Depois de desmatar e aplanar o terreno, foram erguidas as oito casas e um armazém. Construiu-se aí uma aldeia para acolher trinta e duas pessoas (E.3). O projeto foi concretizado em 1978, a quinhentos metros do hospital (fig. 5). Evitava-se a repetição da história de Samba, noutras vidas na lepra, "(...) Samba, veio do sul. Construíram uma palhota para ele ficar sozinho, longe da sua tabanca, onde ninguém podia chegar próximo. Ficava completamente só e abandonado. O Dr. (...) trouxe-o, tratou-se no hospital e agora está aqui a morar... não volta mais para a sua tabanca" (E.4).

Nota Final: Hoje

"A importância de Cumura? Só Cumura é que tem lepra, só em Cumura é que se trata a lepra, é o único hospital que descobre a lepra. A importância de Cumura é descobrir se o doente tem lepra ou não tem lepra. Se o doente tem lepra, diz-se que o doente tem lepra. Se o doente não tem lepra, diz-se que o doente não tem lepra. Se é lepra paucibacilar, é hospital de Cumura. Se é lepra multibacilar, é hospital de Cumura." (E.5).

Hoje Cumura é um hospital de referência no tratamento da lepra e na assistência médica em geral, na Guiné-Bissau. É uma referência para muitos doentes da África Ocidental (Guiné-Conakry, Gâmbia, Mauritània, Senegal, Mali, Gana), que ao manifestarem-se os sinais de doença, se deslocam para Cumura. Cumura é ponto de confluência e de encontro de múltiplas histórias de vida traçadas na lepra (fig. 6).

Já saíram do hospital mais de três mil doentes curados desde a sua abertura. Doentes que estão ancorados a distintas cosmovisões, como referencial interpretativo da lepra enquanto um mal social que se inscreve nos corpos [31]. Enquanto os 'costumes' da biomedicina estão solidamente ancorados na higiene; os deles são simbólicos: nós matamos os germes, eles afastam os espíritos." [32]. Depois de percorridos diversos itinerários terapêuticos, Cumura afigura-se como etapa decisiva. Cumura é a alegoria de uma meta na caminhada no sofrimento, ponto de cura física, ponto de combinação dos poderes do universo dos altares sagrados com os poderes da biomedicina.

Em Bissau poucas pessoas compravam vinho ou alimentos que fossem levados da zona de Cumura com medo do contágio, com medo que os alimentos tivessem sido preparados por algum doente e dessa forma transmitisse a doença (E.6). Graças ao avanço da terapêutica (dapsona depois a poliquimioterapia), a lepra tornou-se, das doenças infecciosas, a menos contagiosa e perfeitamente tratável. Retiraram-lhe ao mesmo tempo grande parte da carga

estigmatizante o que garantiu a mudança de atitudes em relação aos doentes. Um ponto de viragem no modo de olhar e entender o lugar de Cumura foi o conflito iniciado em junho 1998. Nesse tempo Bissau estava sob fogo cerrado, entre as forças de Nino Vieira e de Ansumané Mané, sendo a população obrigada a fugir em todas as direções, encontrando refúgio nas tabancas do interior ou, mais próximo de Bissau, nas missões católicas que abriram as suas portas. Foi o caso da missão e hospital de Cumura [20].

A Cumura chegam doentes encaminhados por curandeiros tradicionais, fruto do reconhecimento e investimento, do programa de combate da lepra junto deles. Procura-se envolver os curandeiros na vigilância e despistagem da doença, em especial nas regiões com maior incidência da doença. Outros doentes chegam ao Hospital do Mal de Hansen, por orientação de antigos doentes aí internados (E.6).

Cumura emerge como ponto de confluência de múltiplas biografias na diversidade do *puzzle* social e cultural da Guiné-Bissau e países vizinhos. É um espaço aberto aos diversos grupos etno-linguísticos, como os felupes, fulas, mandingas, balantas, mancanhas, beafadas, pepéis, manjacos entre outros. Olhando os doentes, vislumbram-se amarrados ao pescoço ou à cintura, amuletos protetores da sua religião e decerto que alguns, entre uma toma e outra do antibiótico, fazem uma cerimónia tradicional perto do hospital ou tomam o mézinho que algum curandeiro da sua tabanca mandou, para ajudar a potenciar o efeito da poliquimioterapia. Os doentes internados, mais velhos, com notórias e graves deformações, são doentes do tempo colonial, quando a medicação não era tão eficaz quanto a poliquimioterapia de hoje. Hoje, o internamento em Cumura é pelas lesões resultantes da lepra.

Muitos partiram há muito das tabancas de origem fixando-se, depois da alta, nas proximidades do hospital. Pessoas que a doença fez alterar a própria identidade levando-os a recusar o retorno a casa, à sua comunidade. Aqui estão perto dos cuidados, da vigilância e proteção hospitalar e da missão. Para muitos foi a forma de fugir ao abandono e exclusão que



Fig. 6: Pormenor da entrada do Hospital, em Cumura (foto do autor, 2010)

seriam alvo se regressassem a casa com as deformidades e limitações. Moram na tabanca de Cumura² e “todos os dias de manhã, o mercado é animado com muitos vendedores que são ex-leprosos e que aí vivem. Alguns fazem uma banca e vendem as suas mercadorias porque não têm possibilidade de ir para trabalhar na bolanha, plantando ou colhendo o arroz” (E.6). Hoje, o amplo espaço onde outrora dominava a lepra, está ocupado pelas “novas lepras”, a SIDA

e a tuberculose. Dum tempo colonial com uma doença a confinar, vive-se hoje num tempo global, com outras várias a combater e controlar. Perguntamos no local: lepra ou mal de Hansen? Qual o nome mais “justo”?

Hansen. Não vale a pena ir mais longe. Dizer a palavra lepra, bate no coração, é um choque. Lepra é um nome que toda a gente conhece e que toda a gente tem medo. Dizer frontalmente ‘você tem lepra’, é uma dor, é um terror, é uma ferida que se abre... mesmo sem responder, a pessoa sente-se muito mal. Ouvir dizer Hansen, é um nome mais leve (E.4).

Outros vivem na aldeia dos ex-doentes que, de certo modo, representa um lugar mais “desenvolvido” e é um sítio melhor para viver que as tabancas, ou mesmo Bissau. Tem eletricidade, apoio médico, água potável, alimentos.

Aqui vivem doentes com deformidades bem visíveis que cada um tenta contornar só ou com o auxílio do vizinho, mais capaz. No microcosmos da aldeia, está patente um sentimento de entreajuda e complementaridade na deformidade. Há uma descontinuidade nas deformações. Quem não pode caminhar, orienta quem não vê. Quem não vê empurra a cadeira de rodas de quem vê e orienta. Quem não anda pode cozinhar para quem não tem mãos. Podemos dizer que a aldeia é o espaço no qual cada corpo encaixa numa normalidade. Este é o espaço da normalidade, do regular, da constância na deformidade. Aqui, o normal é estar disforme, limitado, incapacitado, dando expressão que “a anomalia e a mutação não são em si mesmas patológicas. Elas exprimem outras formas de vida possíveis” [33].

A aldeia vive com o apoio do hospital e da missão católica, “o óleo, o arroz, o sabão, calçado e vestuário (...) A missão apoia a aldeia e mais de cem ex-doentes que vivem integrados na tabanca de Cumura” (E.3). A lepra é o facto que une todas estas pessoas. Quando têm os seus desentendimentos, recordam que não podem escapar uns aos outros. Enquanto há vida, tentam torná-la tão boa quanto podem, é o propósito de cada um neste universo. Estar confinado na aldeia, representa para muitos

habitantes, uma morte civil. Sentem-se apartados do meio e do convívio dos outros (dos da cidade, dos da sua aldeia), embora quem pode, possa entrar e sair com liberdade. As deformidades e limitações físicas são o obstáculo, são o “carcereiro” incorporado nos seus corpos.

A aldeia é a anatomia de um destino na lepra, revestindo-se do poder simbólico de um porto seguro, de um terminal de ancoragem, do corpo mas também da alma. Cada vida que povoa esta aldeia, é uma biografia que se inscreve na dor, no sofrimento. Cada vida traduz uma história, um itinerário em demanda da cura, em demanda do apaziguar do sofrimento. E esta aldeia que acolhe, isola, confina, oblitera a deformidade, é todo um universo de cosmovisões padronizadas pela bitola da lepra que, à força da lesão, se inscreve nos corpos e se entranha na alma.

2 - A toponímia atual é a seguinte: Cumura Um ou Cumura Padres, onde nasceu a Missão Católica; Cumura Dois ou Cumura Pepel, tabanca habitada pelo grupo dos pepéis e onde residem antigos doentes.

Lista de entrevistas:

- E.1 - Cubambono Djata, ex-doente, morador da Aldeia.
- E.2 – Domingos, ex-doente, morador da Aldeia.
- E.3 - Frei Ernesto, frade franciscano.
- E.4 – Caro, enfermeiro do Hospital do Mal de Hansen de Cumura.
- E.5 – Jorge, enfermeiro do Hospital do Mal de Hansen de Cumura.
- E.6 - Martinho Nhanca, médico leprologista do Hospital do Mal de Hansen de Cumura.

Bibliografia

1. Béniac, Françoise. O medo da Lepra. In: Le Goff, J. (Org.) (1997). *As doenças têm História*. Lisboa, Terramar: 127-145.
2. Eduardo Costa *cit.* por Carvalho, Augusto da Silva (1932). História da lepra em Portugal. Porto, Oficinas Gráficas da Sociedade de Papelaria; 146-147.
3. Gandra, Maria Julieta; Patuleia, Maria Cecília Souto (1946). O problema social da lepra na Guiné. In: Congresso comemorativo do quinto centenário do descobrimento da Guiné. Lisboa: Sociedade de Geografia. Vol. II: 453.
4. Marques da Silva, António. Combate à lepra em Portugal. Tese (de Doutoramento) (1959). Porto, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: 64-65.
5. Silva, Manuel Santos (19667). A luta anti-lepra em Portugal. *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*. 6 (22): 8-36.
6. Tavares, Carlos Barral Moniz (1946). Breves Considerações sobre a Protecção aos Indígenas da Colónia da Guiné. In: Congresso comemorativo do quinto centenário do descobrimento da Guiné. Lisboa: Sociedade de Geografia. Vol. II; 235.
7. Marques da Silva, António. Combate à lepra em Portugal. Tese (de Doutoramento) (1959). Porto, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: 69-70.
8. Crespo, Jorge (1992). *A História do Corpo*. Lisboa, Edições Difel.
9. Tavares, Carlos Barral Moniz (1946). Breves Considerações sobre a Protecção aos Indígenas da Colónia da Guiné. In: Congresso comemorativo do quinto centenário do descobrimento da Guiné. Lisboa: Sociedade de Geografia. Vol. II; 219.
10. Leite, Augusto Salazar (1952). Missão de Lepra à Guiné. *Boletim Geral do Ultramar*. Abril. Vol. XXVII (322): 113.
11. Leite, Augusto Salazar; Luz, João Bastos da; Nogueira, José Pinto (1952). Relatório da Missão de Combate à Lepra na Província Ultramarina da Guiné: da 5ª cadeira do IMT. Lisboa: IMT.
12. Leite, Augusto Salazar; Luz, João Bastos da; Nogueira, José Pinto (1952). Relatório da Missão de Combate à Lepra na Província Ultramarina da Guiné: da 5ª cadeira do IMT. Lisboa: IMT: 113-114.
13. Tavares, Carlos Barral Moniz (1946). Breves Considerações sobre a Protecção aos Indígenas da Colónia da Guiné. In: Congresso comemorativo do quinto centenário do descobrimento da Guiné. Lisboa: Sociedade de Geografia. Vol. II; 219.
14. Blanco, Francisco Nunes (1946). A lepra na Guiné. In: Congresso comemorativo do quinto centenário do descobrimento da Guiné. Lisboa: Sociedade de Geografia. Vol. II: 456.
15. Relatórios da Prefeitura Apostólica (Arquivo da Missão Católica de Cumura/Guiné-Bissau). Anos de 1947; p.14 ; 1950: p.13¹⁹⁵²; p.10.
16. Billman, Herbert Raymond (1951). Primeiro relatório anual dos trabalhos da Missão Evangélica no tratamento da lepra na Província da Guiné Portuguesa. *Boletim Cultural da Guiné Portuguesa*. VI(23): 697-702.
17. Boletim Oficial da Guiné (1951). Portaria n.º308, 24 maio: 255.
18. Carta do Prefeito Apostólico à Província de Santo António de Veneza (Arquivo da Missão Católica de Cumura/Guiné-Bissau). 25 de janeiro. 1954.
19. Ferrazzetta, Settimio (1970). Relatório da Missão de São Francisco de Assis de Cumura (Arquivo da Missão Católica de Cumura/Guiné-Bissau). 27 jan.
20. Longo, Fabio (2006). Os Frades Menores de Veneza na Guiné-Bissau: 50 anos de história para recordar, 1955-2005. Pavona: Centro Missionário Franciscano.
21. Arquivo do Hospital de Mal de Hansen, Cumura/ Guiné-Bissau.
22. Boletim Oficial da Guiné (1953). Portaria de 21 fev.: 108.
23. Centro de Informação e Turismo. Guiné – Anuário Turístico 1963-1964. Lisboa, Negravura Lda.: 19.
24. Pinto, Augusto Reimão; Costa, Fernando Coutinho da. La Lutte Contre la lèpre en Guinée Portugaise (1959). *Boletim Cultural da Guiné Portuguesa*. Vol. XIV(56): 631.
25. Boletim Oficial da Guiné (1969). Portaria n.º20, 20 maio: 263.
26. Postos Sanitários e Escolares e grandes realizações sociais abrangidas nos novos subsídios (1973). *Voz da Guiné*. 20 jan.:11.
27. A Missão de São Francisco de Cumura. *Missões Franciscanas*. Jun. 1973: 8.
28. Afonso Lopes *cit.* por Rema, Henrique Pinto. História das Missões Católicas da Guiné (1982). Braga: Editorial Franciscana: 958.
29. Fonte dos Dados: Relatório da *Missão de São Francisco de Assis de Cumura* (Arquivo da Missão Católica de Cumura/Guiné-Bissau). 31 dez. 1978.
30. Ferrazzetta, Settimio (1970). Relatório da Missão de São Francisco de Assis de Cumura (Arquivo da Missão Católica de Cumura/Guiné-Bissau). 27 jan.: 9.
31. Auge, Marc. Ordre biologique, ordre social: la maladie forme élémentaire de l'événement. In: Augè, M.; Herzlich, C. (Eds.) (1984) *Le sens du mal*. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. Paris, Éditions des Archives Contemporaines - Ordres Sociaux : 35-91.
32. Douglas, Mary (1991). *Pureza e Perigo*. Lisboa, Edições 70: 47.
33. Canguilhem, George (2002). *O normal e o Patológico*. Rio de Janeiro, Ed. Forense Universitária: 113.