

DOENÇAS ENTRE INDÍGENAS DO BRASIL NOS SÉCULOS XVI E XVII

Rosangela Baida¹
Acadêmica do curso de Ciências Sociais
Cândida Graciela Arguello Chamorro²
Professora de História Indígena FCH/UFGD

RESUMO: O presente artigo é resultado de uma revisão bibliográfica e de uma consulta a fontes sobre as doenças que afetaram os povos indígenas da costa do Brasil, nos primeiros séculos da colonização. Primeiro apresentamos um listado descritivo dessas doenças, especificando aquelas enfermidades que se tornaram epidêmicas; na sequência, consideramos o paradigma da compreensão e as etiologias dessas doenças, especialmente o hipocrático, padrão explicativo que acompanhou o processo civilizatório no Ocidente. Os dados levantados sugerem que, concomitante à visão considerada científica à época, prevaleceu uma compreensão mítico-religiosa das doenças inclusive entre os missionários e demais agentes civilizadores.

PALAVRAS-CHAVE: doenças, epidemias, história indígena

ABSTRACT: The present paper is the result of a bibliographical review and of a consultation with documents concerning the diseases which affected indigenous people from Brazilian coast in the first centuries of colonization. First of all, a descriptive list of those diseases is presented, specifying the infirmities that became epidemic. Secondly, the paradigm of comprehension and etiology of those diseases was considered, especially the Hippocratic paradigm, that is, the explicative pattern which followed the process of civilization in the West. The data selected suggest that, concurrently with the period's scientific point of view, the disease mythical-religious understanding prevailed even among the missionaries and other civilizing agents.

KEYWORDS: diseases, epidemic, indigenous history

¹ Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq

² Bolsista de Produtividade em Pesquisa do Cnpq

À época da chegada dos europeus, os povos indígenas da costa do Brasil eram experimentados em certas doenças e práticas curativas. Os conquistadores introduziram novas doenças, que acabaram se tornando uma das armas letais que mais impactou a forma de viver e de morrer dos povos indígenas. O conhecimento destas doenças e daquelas às quais a população índia tinha se adaptado é de grande relevância no âmbito de uma investigação, que atente para um mapeamento dos aspectos fundamentais da vida dos povos indígenas guarani falantes no século XVII³. Nesse sentido, neste artigo procuramos caracterizar e, na medida do possível, diferenciar as doenças sofridas pelos indígenas da costa do Brasil, para uma posterior comparação com a experiência que se deu neste campo nos povos chamados *grosso modo* de guaranis nas áreas colonizadas por espanhóis.

1 - “Naturalmente sadios”, mas doentes

Segundo Santos Filho (1977: 96), em sua obra *História Geral da Medicina Brasileira*, os indígenas eram “naturalmente sadios” e “suportavam, sem prejuízo para a saúde, as intempéries e os inconvenientes da vida nas selvas”. O autor ainda nos remete à afirmação do calvinista francês Jean de Léry⁴ que no século XVI descreveu os povos indígenas da costa do Brasil dizendo: “não são maiores nem mais gordos do que os europeus; são porém mais fortes, mais robustos, mais entroncados, mais bem dispostos e menos sujeitos a moléstias, havendo entre eles muito poucos coxos, disformes aleijados ou doentios”.

Como Léry, outros conquistadores seiscentistas e setecentistas registraram a “boa saúde” indígena e, um tanto contraditoriamente também, alguns dados referentes às doenças existentes nas regiões que eles iam ocupando. Nesse sentido, Catharino (1995, p. 430) observa no registro de Claude d’Abbeville⁵ que, como nos povos indígenas “não havia doentes”, eles não precisavam de médicos nem de remédios. Para D’Abbeville, esses povos

³ Este artigo é resultado de uma pesquisa auxiliar vinculada ao projeto “Etnografia histórica dos povos guarani: Aporte lingüístico para os estudos histórico-antropológicos a partir dos léxicos de Antonio Ruiz de Montoya”, nº 7.05.00.00-2 / 7.03.00.003 no CNPq.

⁴ Esteve no Brasil em 1557, “como narrador” da expedição enviada pelo reformador suíço João Calvino. Sua obra *Historie d’un Voyage fait en la Terre du Brésil* (1578), é considerada importante “documento etnográfico de história natural e civil” por José Honório Rodrigues (1979, p. 41), autor do livro *História da História do Brasil* uma historiografia colonial comentada.

⁵ Religioso e entomólogo francês, participou em 1612 da expedição enviada ao Brasil (Maranhão), é autor da obra *Historie de la mission des pères capucins en l’isle de Maragnan et terres circonvoisines* (1614).

índios não eram doentios nem padeciam em seus órgãos nobres ou internos; eram, ao contrário, muito fortes, bem dispostos, e em geral gerados de pais em idênticas condições.

Já o compatriota e contemporâneo de D'Abbeville, Jean de Léry (1598), observou que a população índia era “menos sujeita a moléstias” subentende-se que a população europeia, mas acabou também registrando a boubá e as febres, entre as doenças indígenas. Léry ainda detalha que, se acontecer de um selvagem adoecer, ele dá logo a conhecer em que parte do corpo lhe doe, sendo esse lugar chupado com a boca por algum amigo ou pelo pajé (*Ap.*: Catharino, 1995: 518).

Para Santos Filho (1977: 39), a mais confiável fonte para conhecer as patologias que afetavam a vida dos povos indígenas no Brasil do século XVII é a obra escrita por Willen Piso (Guilherme Piso), botânico, farmacólogo e médico holandês da expedição de Maurício de Nassau. Embora os dados de Piso sejam do século XVII, portanto mais de 100 anos depois de iniciada a conquista, ele se refere também a indígenas recentemente contactados, pois, à medida que a população índia da costa ia se acabando, outros grupos índios foram sendo contactados e “descidos”⁶ para a costa.

Outras fontes indispensáveis para o estudo do tema nos dois primeiros séculos da colônia são as obras de George Marcgraf, Gabriel Soares de Souza, André Thevet, Jean de Léry, Yves d'Evreux, Claude d'Abbeville. Os documentos coletados e editados por Serafim Leite também são elucidadores sobre o tema. Nos registros destes conquistadores, missionários, exploradores, colonizadores ou viajantes, encontramos dados relevantes sobre as doenças sofridas pela população índia, assim como, a compreensão que delas tinham os indígenas e os europeus. Neste artigo, essas fontes são recepcionadas sobretudo através dos escritos de Lycurgo Santos Filho, José Gregório, José Martins Catharino e Cristiane Brandt Friedrich Martin Gurgel.⁷

⁶ *Descidos* eram os povos índios deslocados dos “sertões” para as novas aldeias próximas aos estabelecimentos portugueses, supostamente para sua própria conversão, proteção e bem-estar. Na prática, porém, mediante os *descimentos* a colônia reabastecia regularmente a população indígena morta sob o peso da servidão (Perrone-Moisés, 1992: 118).

⁷ *Lycurgo de Castro Santos Filho* (1910-1998), médico fluminense, historiador da medicina brasileira e estudioso interessado na genealogia campineira, é considerado ao lado de Carlos da Silva Lacaz e de João Amílcar Salgado, um dos maiores especialistas em história médica brasileira. *Irmão José Gregório* (1912-), marista nascido em Minas Gerais, estudioso da língua tupinambá e do *nhe'êngatu*. Fez parte da Associação Brasileira de Linguística. Deixou uma grande obra lexicográfica, sua *Contribuição Índigena ao Brasil* (1980), utilizado neste artigo. *José Martins Catharino, advogado baiano*, estudando o trabalho indígena, compilou dados valiosos nas fontes seiscentistas e setecentistas sobre as doenças e as terapias no Brasil indígena. *Cristiane Brandt Friedrich Martin Gurgel*, professora no curso de medicina na Pontifícia Universidade Católica de Campinas, pesquisa a história da medicina e a medicina indígena no Brasil colônia.

Em todo caso, uma consulta mais demorada a qualquer uma das fontes revela que ao tempo do registro havia muitas doenças na costa do Brasil. Em sua maioria, elas foram registradas de acordo com a nomenclatura corrente na Europa e conforme o paradigma da medicina da época. Segue um resumo das principais doenças.

2 - Doenças indígenas à chegada dos colonizadores europeus

Evocando a autoridade do médico Guilherme Piso sobre as doenças indígenas na colônia, Santos Filho (1977: 39) resolve o impasse indicado acima ao afirmar que as doenças mais frequentes no “Brasil-holandês e, por extensão, sem a menor dúvida na parte territorial dominada pelos portugueses” eram “lues, maculo, disenteriais, ‘ar de estupor’, catarros, opilação, dermatoses, verminoses, febres, espasmos, bouba, tétano, tosses, verminoses, hemaralopia, a parasitose provocada pelo ‘bicho-de-pé’, e doenças, próprias das mulheres e crianças”. Segue uma breve descrição dessas doenças, sendo que as epidêmicas serão descritas posteriormente.

Lues: Era no passado um dos tantos nomes dados à **sífilis**, também conhecida como cancro duro, avariose, doença-do-mundo, mal-de-franga, mal-de-nápoles, mal-de-santa-eufêmia, pudendagra, etc.. A lues ou sífilis [causada por um espiro (bactéria) chamada *Treponema pallidum*] era classificada em primária, secundária, terciária, congênita, decapitada e latente. Sobre sua origem, há divergências. Há quem defenda ser ela originária da América, sendo difundida na Europa através dos conquistadores. Outros, porém, entendem que ela é oriunda do Velho Mundo.⁸ Em relação a tal divergência, observe-se a consideração de Lycurgo Santos Filho:

Admitem os tratadistas que a sífilis teria sido levada da América para a Europa pelas tripulações das naus de Cristovão Colombo (1493). Difundindo-se entre as tropas francesas de Carlos VII na campanha para a conquista de Nápoles, provocou uma vasta epidemia no continente europeu (1494). Foi chamada então, de *morbo gálico*, numa alusão aos soldados franceses que a veicularam. Quanto ao Brasil, os antigos cronistas e os autores contemporâneos, notadamente os nacionais, acordaram em que a lues aqui não existiria antes da descoberta,

⁸ Gilberto Freyre (2006: 110) escreveu que embora se afirme que “a civilização e a sifilização andam juntas”, o Brasil se sifilizou “antes de se haver civilizado”. Para ele “os primeiros europeus aqui chegados desapareceram na massa indígena quase sem deixar sobre ela outro traço europeizante além das manchas de mestiçagem e de sífilis”.

cabendo aos brancos a introdução e a estes e aos negros a disseminação através do contacto sexual com as fêmeas índias e negras (Santos Filho, 1977: 183).

Guillermo Piso chama *lues gálica* a sífilis, introduzida pelos europeus entre os aborígines, e *lues índica* à doença endêmica no Brasil, com sintomas semelhantes à sífilis. Em sua *História Natural e Médica da Índia Ocidental* ele registrou:

É doença que se contrai não só pelos contágios proveniente do coito, ou por mal hereditário transmitido de pais a filhos, mas também pelo mais leve contato e por si mesma; oriunda, sobretudo, do alimento estragado e salgado, da bebida rancida e deteriorada. Faz devastações não só entre os africanos e americanos, como também entre os lusitanos e flamengos; infesta todo o corpo com tumores cirrosos e úlceras virulentas. Esta lues é endêmica nesta região; chamada também *Bubas* pelos espanhóis, e *Miá* pelos brasileiros. Como rapidamente sara, somente com remédios indígenas, assim mais rapidamente contamina que a chamada lues gálica, introduzida aqui entre os aborígenes (Piso, 1957: 118).

É relevante considerar que, segundo as fontes, a sífilis entre os indígenas fazia com que os infectados, desesperados, fugissem para as matas de onde não mais se tinha notícias de sua cura. Desde o século XIX, a constatação da inexistência da doença entre indígenas não contactados é um argumento que pesa em favor da sífilis ser uma doença introduzida pelos europeus no Brasil.

Catarros/Tosses: Nos relatos constam que os povos indígenas eram acometidos de **afecções catarrais**, que podiam estar associadas ou não às gripes introduzidas pelos europeus. Esses sintomas, no entanto, podem ser também de outras doenças. As **afecções catarrais**, por exemplo, são desenvolvidas na esfera intestinal e se manifestam por complicadas diarreias, pleurísias, inflamações dos olhos, garganta e ouvido, ou também por parotidites. A relação entre catarro e diarreias é atestada já na época por Guilherme Piso. Este mesmo médico observou que os indígenas mais velhos muito raramente sofriam por catarros; mas que os estrangeiros jovens e as crianças indígenas eram-no com muita frequência.

Piso registrou que para diminuir a acidez dos humores e acalmar a agitação, eram apreciados os “julepos de caldo de cana de açúcar, de romãs, de *lanipapa*” e as decocções de *lupicanga* e salsaparrilha, para provocar suores (Piso, 1957: 86). No começo do tratamento eram evitados medicamentos fortes, submetendo-se a pessoa doente a reiteradas sangrias que supostamente enfraquecia a doença. O médico-pesquisador aconselha que se a indicação terapêutica fosse purgar e sangrar, devia ser priorizado o

sangramento “para que se dissolvam os humores revolvidos e se detenham os fluxos profluentes do cérebro” (Piso, 1957: 86- 87).

Dermatoses: Santos Filho (1977: 106) fala de **ulcerações, boubas, ferimentos, dermatoses e frialdades** que acometiam os indígenas. Esses males podem ser agrupados aqui sob dermatose. A boubá, no entanto, consideramos à parte pela atenção diferenciada que ganhou no século XVI e XVII. Essas doenças são mencionadas nos estudos que descrevem as propriedades da *copaíba* (*Copaifera officinallis*), da *capeba* ou *pariparoba* (*Piper rohrii*), da *maçaranduba* (*Mimusops elata*, *Lucuma procra*), da *cabriúva* (*Myrocarpus fastigiatus*) e da *caroba* (*Jacaranda caroba*, *Jacaranda brasiliana*). André Thevet,⁹ por exemplo, registra o poder da *andiroba* no tratamento de **ferimentos**, em especial das flechadas e relata que o vegetal, “segundo afirmam os selvagens, é maravilhosamente indicado para curar chagas” (Catharino, 1995: 444).

Bouba: manifestava-se como uma ferida na pele, e ao se assemelhar a uma framboesa era também chamada de *franboesia trópica*. Segundo Santos Filho (1977: 186), André de Thevet foi o primeiro autor a registrar a doença nas populações indígenas americanas,¹⁰ associando-a indevidamente “às desordens sexuais”.

A doença era, na visão de alguns autores, endêmica no Nordeste do Brasil já antes de 1500, sendo designada na língua tupi de ‘*piã*’ e ‘*miã*’ ou ainda de *parangi* ou *patek*. De forma que Santos Filho, apoiado em Gabriel Soares de Sousa,¹¹ afirma que o *piã*¹² já existia no Brasil antes da colonização. Ele encontra na fonte seiscentista a suspeita de que a doença era transmissível, sendo os índios muito propensos a adquirí-la: “Muito sujeitos a doenças das boubas, que se pegam de uns aos outros, mormente quando são meninos”. Gabriel Soares de Souza “chegou mesmo a apontar um agente transmissor, o mosquito

⁹ Frade franciscano francês, explorador, cosmógrafo e escritor que viajou ao Brasil no século XVI. Esteve no Rio de Janeiro de novembro de 1555 a janeiro de 1556, quando escreveu *Les singularitez de la France Antarctique, autrement nommée Amerique, & de plusieurs terres et isles decouvertes de nostre temps* (Paris, 1558).

¹⁰ Talvez seja prudente lembrar que o registro de Thevet se refere às populações indígenas do Rio de Janeiro. Há que se observar também, que Jean de Léry descreveu já em 1563 o *pian* como sinônimo de boubá.

¹¹ Colonizador, dono de engenho, comerciante, sertanista e navegador português, seu Tratado descritivo do Brasil (1587), constitui um dos primeiros relatos sobre o Brasil colonial e contém importantes dados geográficos, botânicos, etnográficos e linguísticos. É dividido em duas partes: Roteiro geral e Memorial das grandezas da Bahia, que descreve informações sobre geografia, costume dos índios, agricultura, animais e plantas brasileiras. Fonte: <http://www.dec.ufcg.edu.br/biografias/>, acessado em 20/01/09

¹² Nota-se uma diferença na grafia da palavra *piã* entre os autores consultados, sendo a mesma encontrada escrita como *pian*.

'nhitinga"', que, segundo Artur Neiva - na sua obra *Medicina no Brasil* (Santos Filho, 1977: 186, Nota de Rodapé nº 49), - era um díptero do gênero *Hippelates*, que através de sua peçonha também enche as pessoas de boubas. A doença era tratada ainda, segundo o registro de Gabriel Soares de Souza, com a aplicação do jenipapo nas áreas afetadas, de modo que, a tinta da fruta secava as feridas das pessoas doentes.

Jean de Léry também se deteve na descrição e avaliação da boubá. Ele escreveu:

"sofrem os índios uma moléstia incurável, o pian, oriunda da lasciva, apesar de que vi meninos atacados dela. São póstulas mais grossas que o polegar, espalhadas por todo o corpo e rosto. Os que saram (então, era curável) ficam toda vida cobertos de marcas, como os nossos variolosos, cancerosos e engalicados" (Catharino, 1995: 430).

Tudo indica que as associações da boubá com a relação sexual (atos venéreos e lascívia) identificaram erroneamente a doença com a sífilis. A respeito desse assunto, é esclarecedor a avaliação de Santos Filho (1977: 186) "A propagação pelo coito foi citada pela maioria dos autores, todos unânimes em confundir a boubá - causada pelo *Treponema pertenue* (Castellani, 1905) - com o morbo gálico, devido este ao *Treponema pallidum* (Schaudinn e Hoffmann, 1905). E essa confusão contribuiu bastante para a crença de que a sífilis era originária da América".

Verminose/Máculo: O máculo era uma parasitose intestinal que criava **úlceras e inflamação do ânus**. O Prof. J. M. Rezende, médico e historiador da Universidade Federal de Goiás e membro da Sociedade Brasileira e Internacional de História da Medicina¹³ escreveu que a doença era "comum entre os escravos africanos no Brasil colonial e que, eventualmente, podia acometer também os indígenas e os colonizadores brancos". A doença tinha várias denominações populares como "achaque do bicho", "enfermidade do bicho", "corrupção do bicho", ou simplesmente "corrupção", "mal-do-sesso", "relaxação do sesso". Os indígenas a chamavam de *Teicoaraíba*, e, entre os hispanoparlantes, era conhecida por 'el bicho', 'mal del culo', 'bicho del culo', 'enfermedad del guzano'. Dentre as denominações eruditas encontramos *ulcus et inflammatio* no jargão de Guilherme Piso, *inflammatio ani* em von Martius, e *retite gangrenosa epidêmica* em Manson.

O máculo não deve ser confundido com as hemorroidas, sobretudo, segundo Piso, porque ele provoca forte dor de cabeça, fissuras no orifício do ânus, e ainda em alguns casos leva à morte em pouco tempo. As hemorroidas, porém, eram curadas com os

¹³ Cf. Máculo em J. M. Rezende <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende>, acessado em 04/04/2009.

medicamentos, usados na Europa, “e até apenas com as sanguessugas *brasilienses*” eram mitigadas com o líquido da polpa da noz *Coco* putrefada, aplicada reiteradas vezes. Sobre as dores de cabeça e febre ardente causadas pelo máculo, transcreve Catharino (1995, p. 486) os dados registrados por Knivet: “os doentes entravam a suar, sentiam-se desfalecidos, apareciam vermes no recto, os quaes lhes devoravam os intestinos, de modo que os enfermos, sem saberem o que lhes causava o mal, morriam de langor a consumpção”. O missionário português Fernão Cardim, por sua vez, ao escrever que com a *erva tareroquig* se perfumam os índios doentes para não morrerem da “doença do bicho”, refere-se provavelmente a esta verminose.

Segundo Piso (1957: 114), esta verminose já era conhecida na Angola e em outras terras quentes das índias. Outrora, os habitantes do Brasil teriam sido totalmente imunes a ela. A doença podia ser precedida de fluxos diarreicos, com calor intestinal, ou podia aparecer por si, sem alguma doença prévia. Piso (1957: 115) conferiu que frequentemente essa verminose causava prisão de ventre, que provocava dores atrozes seguidas de febres, lassidões, insônias, perturbações do estômago, principalmente dores e ardores na cabeça. Ele aconselha que, nesses casos, antes que o mal se espalhe, resista-se-lhe com remédios internos, laxantes e refrigerantes.

Febres: Com o lema “febres” aludia-se provavelmente a várias doenças, inclusive às novas patologias. Assim, há registros de enfermos com febre, de meninos aos quais, quando têm febre, lhe sarjam as pernas, de pessoas vítimas da varíola atormentadas por “forte dor de cabeça” e consumidas por “temperatura ardente” (Métraux. 1979, p. 75). O próprio máculo é uma doença que começava com dores de cabeça e febre ardente (Catharino, 1995, p. 486). Além do máculo, a varíola e o sarampão também impunham febres que flagelavam os povos aborígenes.

Observe-se que na língua indígena, febre é *akãngnundu*, que literalmente significa ‘cabeça latejante’, indicando, portanto, um componente da febre. Nas fontes e nos estudos sobre o tema constam diversos tipos de febres. Guilherme Piso (1957: 65, 66) os classifica em febres ardentes e febres pútridas ou pituitosas, ou seja, relacionadas ao humor da biliar e da cabeça, acompanhada de vômitos e excreções. As primeiras, próprias do tempo seco, são ardentes e efêmeras; decorrentes “do ardor dos espíritos ou do sol a pino”, eram curadas “fazendo muita burrifação de água fria por todo o corpo, como aos atletas fizeram os empíricos, mais pelo instinto natural do que pelos preceitos de Hipócrates ou Galeno”. As febres pútridas são associadas ao tempo chuvoso, são longas e muitas vezes fatais.

A *jurubeba* (*Solanum paniculatum*, *Solanum fastigiatum*) e o *maracujá* (*Passiflora* de

várias espécies) são elencados nas fontes para combater a **febre**.

A *goma* extraída da *andiroba* ou da *ietai* foi indicada por Piso (Catharino (1995: 446) para **dores de cabeça**, “cefaléia ou hemicrania; simples fumigação é capaz de corroborar não só a cabeça mas também as outras partes do corpo afectadas pelo frio”.

Tétano: As mordeduras de cobra e animais venenosos acarretavam grandes riscos para a vida e prostrava os índios, vítimas de **tétano, dores, infecções e mutilações**. Há que se levar em conta a hostilidade da natureza sobre a pele e o corpo indígena. Junto às mordidas de animais peçonhentos e aos acidentes na mata e na luta com animais maiores, devem ser consideradas também as picadas de insetos. Nesse sentido, o vocabulário organizado pelo irmão José Gregório (1980: 1213-1214) ressalta que os povos chamados genericamente, tupi e guarani, se defendiam da luz solar e evitavam a picada dos mosquitos untando seus corpos com urucum.

Hemeralopia ou **vista turva:** Também chamada “gota serena”, *gutta serena* ou “amaurose”. Santos Filho (1977: 224) a explica como “diminuição da vista” e “cegueira sem lesão aparente”. Piso, ao tratar das “doenças dos olhos”, escreve que “as oftalmias duras e veementes são comuns aos habitantes das regiões meridionais” e que “entre as calamidades do Brasil, não ocupam último lugar as doenças dos olhos” (Santos Filho, 1977: 224).

Piso (1957: 89), apoiado em Hipócrates, entende que os males dos olhos, em especial as oftalmias duras e veementes, eram próprias das “plagas meridionais” e acometiam mais “aos que tem as carnes quentes e secas”. Assim, os recém-chegados às Índias sofriam com frequência desse mal, que começando com uma constante dor de cabeça, podia levar à cegueira total.

Parasitose provocada pelo ‘bicho-de-pé’: Santos Filho (1977: 203) aponta que a parasitose era “uma das pragas do país”. “Própria dos continentes americano e africano, e de outras regiões tropicais”, os indígenas brasileiros a conheciam como “tunga” a “pulga-de-areia”, “cuja fêmea, com o abdome repleto de ovos, introduz por sob a pele provocando rubor, prurido, inflamação e ulcerações”. Segundo Gabriel de Souza Soares, “no princípio da povoação do Brasil, vieram alguns homens a perder os pés e outros a encherem-se de boubas” por causa do bicho de pé (Santos Filho, 1977: 203).

O óleo de *ucuúba* ou *hiboucouhu* era usado para tratar as lesões do bicho-de-pé e

segundo, Gurgel (2005) “os indígenas untavam a lesão com o óleo” da *hibourouhu*”.

Sobre as lombrigas em geral, Piso (1957: 117) escreveu que elas costumavam infestar tanto as vísceras das crianças quanto dos adultos, as feridas e úlceras segundo ele eram em consequência do ambiente cálido e úmido.

Doenças próprias das mulheres: Entre elas consta o *tenesmo*, uma “doença muito comum e com razão temível para as mulheres grávidas, porque mata lastimavelmente o feto e a gestante”. O *tenesmo* se manifesta com uma sensação dolorosa na bexiga ou na região anal, com desejo contínuo, mas quase inútil, de urinar ou de evacuar. Guilherme Piso o explica como decorrente de um humor acre e ulcerífero aderente ao ânus, que produz espuma, sangue e pus ou por “outros fluxos disentéricos”. No século XVI e XVII entendia-se que sua cura era mais fácil quando causada por excresções da úlcera do intestino reto, o que era tratado com fomentações e clisteres. Mas, quando a matéria crua escorria das partes superiores do ventre, isto é, do estômago, do mesentério e dos intestinos, devia-se extirpar a causa determinante, eliminando-a por meio do vômito; e isto com um remédio muito usado: a raiz de *Ipecacuánha*. Além disso, deve se aplicar nas partes externas fumigações anódinas e fomentações adstringentes e cálidas, obtida das folhas das árvores *Aroeira*, *Araça*, *Acajá* e semelhantes, se o ânus se tornar proeminente ou hiante (Piso, 1957: 108). Remédios internos adstringentes eram ingeridos para coibir a fluxibilidade dos humores. Ingeria-se suco do fruto verde de *Ianipaba*, raspa do pau *Iacarandá* e as amêndoas do fruto *Gueticorói*, “trituradas e bebidas, em jejum, com licor apropriado” (Piso, 1957: 109)

Doenças próprias das crianças: Nessa categoria inserem-se hoje sarampo, varicela, caxumba, escarlatina, rubéola, exatema súbito, coqueluche, infecções respiratórias agudas, entre outras. Não sabemos quais dessas doenças acometiam as crianças na época aqui estudada. Há uma referência explícita à boubá (Gabriel Soares de Souza registrou que, mormente os meninos eram sujeitos a essa doença) e ao *pian* (Jean de Léry escreveu que inclusive os meninos eram atacados por esse mal supostamente oriundo da lasciva). Os meninos eram também vítimas de febre, atormentados por dores de cabeça e consumidos por “temperatura ardente” por causa da varíola (Métraux). Segundo Piso, eles são as maiores vítimas das afecções catarrais.

Opilação: São assim denominadas as doenças caracterizadas por um parasitismo intenso de vermes do gênero *Ancylostoma* e *Necator*. Mencionada em vários textos de cronistas e naturalistas do período colonial, passou para as gerações seguintes com o nome

de amarelão, cansaço e anemia tropical.¹⁴ Guilherme Piso (1957: 96) escreveu que as opilações hipocôndricas, juntamente com as perniciosas diarreias, eram “tidas, não sem razão, por pestes das índias” e, “entre as doenças populares”, nenhuma dominava ou matava com tanta violência, quanto elas. Segundo ele, originavam-se, sobretudo, pelo impedimento da transpiração. As descrições feitas por Piso sugerem uma associação da opilação com as obstruções das fezes. Segundo ele, os meninos holandeses eram frequentemente acometidos por esse mal, sendo que “os hipocôndrios duros, a pouco e pouco definham, antes de atingirem a puerícia”. Contra este mal eram indicados “ungüentos desobstruentes; e mais que tudo se afastada a mãe, as amas brasileiras e etiopisas os criarem com seu robusto leite por cerca de dois anos” (Piso, 1957: 100).

Espasmos: As doenças assim chamadas caracterizam-se pela perda da faculdade de respirar e deglutir, creditada a uma “convulsão do diafragma e do esôfago”, e pela emissão de “um horrível murmúrio, ao modo dos epiléticos”. As pessoas atacadas pelos espasmos primeiro rangiam os dentes, o que era seguido de “distorção da boca, que se fecha de tal modo que é necessário abri-la à força e com uma sonda de ferro”. Então, não raramente, as vítimas destes espasmos incorriam em perigo de asfixia e não podiam reter os excrementos. Segundo Piso, os mais atingidos por esta doença eram os pescadores, ferreiros, padeiros, supostamente, porque “molhados por muito tempo e banhados de suor, não se acautelam suficientemente do frio noturno que os acomete, mas também porque, acostumados a um alimento mais crasso e velho, incorreu em obstruções do baço um tanto graves”. Não medicado a tempo, o doente sucumbia antes de vinte e quatro horas após a convulsão. O tratamento, sem nenhuma grave contraindicação se opusesse, consistia no seguinte: “a veia deve ser incisada imediatamente; a seguir, devem-se aplicar clisteres acres, repetidos algumas vezes. Depois, devem-se dar sudoríferos de contravenenos”. Persistindo a doença, Piso recomendava “uma cocção de salsaparrilha, de cascas de guajaco, *lupicánga*, sassafrás, *laborandi*, *Betis*, *Nhambi*, e outras ervas nativas (...) banhos úmidos e secos, sufumigações de estêrco de cavalo com a goma Anime, e aromáticos semelhantes”. Depois, “enxugados profundamente os suores”, ele indicava fortes fricções e “unção de óleos e bálsamos adequados, nativos e exóticos, sobretudo do óleo de cascas de laranjas com suco de tabaco fresco, no pescoço, na espinha dorsal e partes vizinhas”.

¹⁴ A personagem Jeca Tatu é retratado por Monteiro Lobato como um indivíduo parasitado pelo verme. O Laboratório Fontoura se serviu dessa personagem para a propaganda de seus medicamentos indicados para o tratamento da doença.

Cubra-se bem o doente, enquanto do corpo manar contínuo suor. Alimenta-se repetidas vezes e aos poucos, por causa da perda das forças, e tome bebidas quentes. Não raro se vencerá a dificuldade, se observadas as recomendações precitadas; principalmente, sobrevivendo febre ou diarréia, que evacue a matéria convulsiva passada dos nervos às veias” (Piso, 1957: 92, 93).

Do estupor dos membros: Entre as doenças crônicas comuns no Brasil, no tempo dos holandeses, consta o chamado estupor, que atacava os nervos e causava “profundo torpor aos membros”. Considerava-se proceder

“da inclemência do ar e da incompleta obstrução e intempérie fria das partes nervosas. Pois a pituíta lenta e glutinosa, em lugar dos espíritos, ora promanando da cabeça, ora gotejando da medula espinhal para os membros, se apodera facilmente dos nervos e ataca os tendões dos braços ou dos pés, ou simultaneamente os ambos, sobrevivendo o resfriamento não só dos nervos como das veias, artérias, carne, membranas e pele” (Piso, 1957: 94).

Esta grave doença, que invadia suas vítimas “aos poucos e por graus”, devia ser combatida “com fortes e generosos remédios”. De dia, somente era admitido “o ar purificado dos raios solares”. De noite, a pessoa doente devia ser beneficiada com o ar aquecido por fumigações. Piso (1957: 95) recomendava: “beba-se vinho diluído, aquecido no ato, uma decocção de pau de sassafrás nativo. A comida seja ótima de nutrimento, porém seca”. As fumigações deviam ser secas,

“mormente da erva *Ambiaembó* queimada, ou de estêrco de cavalo com goma Anime e outras cousas semelhantes, queimadas durante dez dias mais ou menos. Depois de bebida uma decocção de salsaparrilha e sassafrás, enxuguem-se os suores com profundas fricções; unte-se bem o pescoço, as espáduas e toda a medula espinhal ao calor do fogo; ajunte-se gordura de cobras misturada no espírito de vinho misturado com pimenta brasileira”.

Piso relata ainda que se aconselhava “atrair os espíritos com fortíssima sucção por meio de ventosas córneas” e “sobretudo livrar a parte afetada por meio de profundas escarificações”. Se houvesse necessidade de urgir, devia-se “furar a pele com ferro em brasa, fortificar os membros enfraquecidos” até que “a lenta pituíta dos nervos” se dissolvesse. Convalescendo o doente, por dias e noites cobriam-se as partes afetadas, de sorte que não recebessem nenhum ar (Piso, 1957: 95-96).

Outras doenças não especificadas por Piso constam nos tópicos dos estudos analisados e das fontes que tratam da terapêutica das doenças, proveniente do

conhecimento dos pajés das plantas medicinais e de outros produtos de origem orgânico e não orgânico. Assim, vasculhando os registros das propriedades curativas e o uso terapêutico de vegetais e animais, descobrem-se outras doenças.

Outras doenças: O *caju* (*Anacardium occidentale*), o *ananás* (*Ananas sativus*), o *jaborandi* (*Pilocarpus pinnatus*) o *sargaço* (alga do gênero *Sargassum*) o *miolo de lampreia* (*Petromyzon marinus*), a *cana-do-mato* ou *cana-de-macaco* (*Costus pisonis*) eram usados como diuréticos, o que indica a existência de **doenças relativas às vias urinárias**.

Santos Filho (1977: 222) ao escrever sobre as doenças do aparelho urinário, aponta que a **calculose urinária** é “uma das mais frequentes, afetou os indígenas, negros e brancos”, e que o “*ananás verde*” usado pelos pajés foi “adotado pelos jesuítas” para aliviar o **mal da dor-de-pedra**¹⁵.

Os registros da propriedade purgativa do *anda-açu* (*Johannesia princeps*), da *ipecacuanha* ou *poaia* (*Psychotica emética*, *Cephaelis ipecacuanha*, e outras espécies) da *batata-de-purga* (*Ipomoea altissima*), da *umbaúba* (*Ceropia peltata*) e do *guaraná* (*Paullinia cupana*) mostram a **prisão de ventre** como moléstias sofridas pelas populações indígenas. O fato de Guilherme Piso ([1648] 1948) ter sido incumbido de fornecer informações concretas sobre a planta ipecacuanha de propriedade purgativa indica que as obstruções intestinais eram comuns na época. A prisão de ventre era tanto, causada por outras doenças, quanto responsável por outros males.

Catharino (1995: 450) cita George Marcgraf¹⁶ que descreveu que a raiz mechoação batata de purga tem a “virtude de purgar os humores flegmáticos e serosos” assim como, “a bÍlis” e ainda, segundo Marcgraf, é indicada para os “sofrimentos do estômago e intestinos; contra inveterada dor de cabeça, contra hidropesia e falta de apetite”.

Diversas moléstias, sem especificar as doenças, Métraux (1979: 81-82) ao estudar nas fontes algumas terapias faz referência a diversas moléstias.

3 - Doenças epidêmicas na América

¹⁵ In nota Santos Filho (1977: 222) Diálogos das Grandezas do Brasil, 119.

¹⁶ Georg Marcgraf (1610 - 1644). Pintor, cartógrafo, aquarelista, astrônomo, naturalista e desenhista. integrou a expedição científica e militar de Maurício de Nassau, como ajudante do médico Willem Piso. Nesse período, dedicou-se também à atividade científica, classificando plantas e animais, fazendo a descrição do clima, habitantes e idiomas brasileiros e estudando as estrelas do hemisfério sul. É co-autor, com Willem Piso, da *Historia Naturalis Brasiliae* (1648), obra para a qual realiza aquarelas. Fonte: <http://www.itaucultural.org.br>

Guilherme Piso (1957: 68) escreveu que o Brasil conhecido por ele, portanto, o Nordeste, era imune às epidemias: “Esta terra sempre foi tida por imune das doenças chamadas epidêmicas e que flagelam em certos tempos”. Ele contou que “no ano de mil seiscentos e quarenta e três, num verão muito seco, apareceram antrazes não fatais” e que “as varíolas pestíferas” não existiam na região. No entanto, ele também registrou que “somente uma vez, no decurso de trinta anos, os escravos africanos, importados já variolosos” teriam contaminado “os que nunca dantes o havia sido, com grande mortandade dos bárbaros”.

Por outro lado, na memória das gerações que conquistaram o continente americano estava ainda impregnada a imagem das grandes epidemias com centenas de milhares de vítimas, marcando assim profundamente a história da sociedade europeia. Rondava, conseqüentemente, segundo o historiador Antonio Dari (2007: 34), o medo no Velho Continente. “Temia-se a peste e seus contágios”, entre outras coisas.

Mas as epidemias não afetavam só o imaginário, ela dizimava as populações. Grande parte dos europeus que desembarcaram na América trouxeram consigo organismos infecciosos, uma vez que, saíam de cidades que estavam em pleno surto epidêmico e, sem tratamento devido, percorriam o oceano em barcos sem condições sanitárias adequadas e péssima alimentação. Eles acabaram “disseminando enfermidades que se tornaram doenças epidêmicas, por atingir grande número de pessoas ao mesmo tempo, doenças antes desconhecidas no Mundo Novo, tal como gripe, sarampo, varíola, tuberculose, ‘mal de câmaras’ (disenteria), febre amarela, pneumonia epidêmica, cólera, tifo, etc.” (Noelli & Soares, 1997).

Assim, foi através do contato com os conquistadores europeus que as doenças se desencadearam de forma arrebatadora na América indígena, pois os índios eram totalmente vulneráveis às novas doenças europeias, africanas e asiáticas que foram introduzidas após 1500. Seus organismos não possuíam os anticorpos específicos para se defenderem das enfermidades. Iniciou-se dessa forma, uma das principais fases de degradação do corpo indígena. Nas palavras de Ribeiro & Moreira Neto (1992: 28), com a introdução dos patógenos, houve uma “verdadeira guerra biológica” (Ap.: Noelli & Soares, 1997: 166).

A seguir, uma breve especificação de algumas dessas doenças e dos seus efeitos sobre as comunidades indígenas.

A **varíola** (peste das bexigas):¹⁷ Veio da Europa ao continente americano com Colombo. É considerada uma das principais responsáveis pela destruição das populações nativas da América. Alguns historiadores acreditam que a varíola tenha sido introduzida propositalmente por Hernán Cortés e Francisco Pizarro, a fim de derrotar os povos indígenas comandados pelos astecas e incas. Ainda no século XIX, por ocasião das viagens de von Martius (1979: 75) essa doença causava as mais desumanas consequências, entre indígenas do Brasil Central. Segundo o autor, a varíola,

alastra-se até aos mais remotos ermos, e cada tribo conhece e teme essa doença, como se fora o mais pernicioso veneno para seu sangue. Na língua tupi é chamada – Mereba-ayba = doença maligna. [...] O índio, por sua natureza já descrita, é pouco resistente ao desenvolvimento da varíola. A erupção do exantema se processa lenta e dificilmente. Atormentado por forte dor de cabeça e consumido pela temperatura ardente, costuma isolar-se amedrontado por qualquer golpe de ar, aumentando desse modo a febre; ou, também, apressa-se em procurar água corrente, onde supõe poder apagar o calor interno. Frequentemente, ai morre de apoplexia.

O **sarampo**:¹⁸ Segundo, Santos Filho o sarampo era encarado até o século XVI como “uma variedade da varíola, confundido até o século XVII com a escarlatina, quando Thomas Sydenhan (1624-1689) por primeiro diagnosticou a *febris scarlatina*.” O sarampo fez a sua aparição no Brasil desde o início do povoamento e colonização. Trazido pela população negra africana e europeia, o “sarampão”, como foi chamado, geralmente mereceu descrições e alusões por parte dos cronistas seiscentistas.

O Pe. Manuel Gomes, em carta de 1615, narrou sobre a epidemia de sarampo que irrompera a bordo entre os índios que combatiam contra os franceses. Outros cronistas relataram “que no Brasil morria muita gente dessa enfermidade eruptiva” (Santos Filho. 1977: 164). Araújo (1997: 58) baseado em *Viagem filosófica* de Alexandre Rodrigues

¹⁷ George Rosen (1994: 33), baseando-se nos estudos de M.A. Ruffer, afirma que a varíola foi encontrada no Egito, já por volta do ano 1000 a.C. Outros afirmam ter surgido na Índia ou na China, pois ela é descrita na Ásia e na África, já antes da era cristã. Hipócrates nada diz sobre a varíola, embora ela seja a principal epidemia responsável pela morte de um terço da população de Atenas, segundo o historiador da Grécia Antiga, Tucídides, no ano de 430 a.C.. O fato é que na história não constam registros da varíola em determinados períodos ou épocas, juntamente com o sarampo e a varicela (CORBIN, COURTINE & VIGARELLO (2008: 483).

¹⁸ De origem virótica, o sarampo ataca principalmente crianças até 10 anos, é altamente infecciosa e transmitida por secreções respiratórias como espirros e tosse. Era desconhecido antes da era cristã. A primeira descrição reconhecível do sarampo, ou Rhazes na Europa, é atribuída ao médico árabe Ibn Razi (860-932).

Ferreira, descreve que o sarampo matou “índios aos milhares, e a situação piorou de 1750 a 1758, quando ao sarampo somou-se a varíola; pouco depois, em 1762, ainda no Pará, foi tal o contágio que não bastavam quatro hospitais para receber o número de índios doentes. A mortandade foi tanta que raras vezes se abria sepultura para um só cadáver (Em Alexandre Rodrigues Ferreira, Viagem filosófica..., p. 77). E a dupla epidemia ali continuou até 1772”.

Como a varíola, entre indígenas recentemente contactados no século XIX, o sarampo fazia grandes estragos (Von Martius (1979: 77). A Mixua-rána ou falsa varíola atacava de preferência as crianças, antes da estação quente das chuvas. Ela se estendia impetuosamente e matava geralmente com sintomas de violentíssima febre inflamatória.

Gripe: Embora Hipócrates tenha descrito seus sintomas¹⁹, é muito difícil levantar dados históricos exatos sobre a gripe, uma vez que seus sintomas são semelhantes aos de outras doenças, como a difteria, febre tifoide, dengue ou tifo.

Um dos primeiros surtos epidêmicos de gripe registrado data de 1580 inicialmente na Ásia, se espalhando rapidamente pela Europa via África. Ao longo dos séculos XVII e XVIII não poucas vezes ela se tornou verdadeira pandemia.

Entre os povos indígenas as referências às afecções catarrais e às doenças febris podem ter sido associadas à gripe.

A **febre amarela**²⁰ é doença característica de regiões silvestres, florestas e cerrados. Encontrada tanto na América Central e América do Sul como na África, entre seus sintomas estão febre alta, diarreia de mau cheiro, convulsões e delírio, hemorragias internas e coagulação intravascular disseminada, com danos e enfartes em vários órgãos. As hemorragias manifestam-se com sangramento do nariz e gengivas e equimoses (manchas azuis ou verdes de sangue coagulado na pele). Ocorre também hepatite e por vezes choque mortal devido às hemorragias abundantes para cavidades internas do corpo.

Doença também conhecida por crupe, a **difteria**²¹ é considerada infecto-contagiosa. Era uma das doenças mais temidas antes da era das vacinas. Muito conhecida também na literatura médica clássica. Ela era identificada por dores de garganta. A doença é referida

¹⁹ Gripe é uma designação moderna que engloba uma doença infecciosa aguda, causada pelo vírus ARN. Seus principais sintomas são calafrios e febre, dor de garganta, dores musculares, dores de cabeça, tosse, fadiga e mal estar.

²⁰ Doença infecciosa transmitida por mosquitos (*Aedes aegypti* ou *Aedes albopictus*) contaminados pelo vírus da família *flavivirus*

²¹ Causada pela toxina do bacilo *Corynebacterium diphtheriae*, o qual provoca a inflamação da mucosa da garganta, do nariz, e às vezes da traqueia e dos brônquios.

como epidêmica, pois numerosos relatos de graves dores de garganta terminavam em morte.

Disenterias ou câmaras:²² Eram uma das doenças mais comuns do Brasil antigo. Sua existência era relacionada à falta de asseio corporal e de procedimentos higiênicos. Eram também denominadas de “cãibras de sangue”, “cursos de sangue”, “ventre solto”, “fluxos de ventre”. As disenterias tinham como principal sintoma a diarreia.

Nos registros de Piso consta que, no tempo muito chuvoso, os fluxos de sangue eram das doenças mais comuns, pois, sobretudo o fígado, o estômago e as vísceras costumavam sofrer mudanças de acordo com as estações do ano (Piso, 1957: 66). Como nas Índias o tempo quente era muito longo, as afecções do fígado eram mais freqüentes do que em terras frias, estando as pessoas mais sujeitas a recaídas do que em outros lugares (Piso, 1957: 101). Piso distingue a diarreia simples de fácil cura e oriunda de alguma acidez e malignidade da matéria morbífica ou das partes que se chamam disenterias, fluxos hepáticos ou cóleras, que costumam ser sintomáticas e fatais (Piso, 1957: 105).

Entre as terapias usadas contra a disenteria, o médico holandês registrou lavagens e xaropes purgativos. A raiz *Ipecacuánha*, como nenhum outro remédio, era considerada excelente para estancar a maioria das disenterias, com ou sem sangue (Piso, 1957: 106). O xarope de tabaco é uma substância à base do óleo de *Copaiba*, açúcar e ovo mole, podiam ser ingeridos pela boca ou introduzidos no ânus por meio de um clister. Sementes de rícino macerado com vinho, uma decocção da madeira *lacaranda* e sassafrás indígena, uma dieta de fácil digestão e pouco adstringente, aplicação sobre o estômago de emplastro feito de goma *icariiba*, de bálsamos de *Cabureiba* e *Copaida*, de massa de *Tipioca*, vinho de *Acajú*, polpa das ameixas *Araça*, da flor de *Nhambu*, e de gemas de ovos são outras medidas terapêuticas mencionadas por Piso (1957: 107).

Baseado em Piso, (Santos Filho, 1977: 179-180) escreveu por sua vez que as disenterias eram tratadas com “infusões,” a base de “vegetais nativos tidos como anti-diarréicos, adstringentes e constipantes”, tais como o “mata-pasto, a umbaúba, a calunga, a ratânia, o guaraná, a ipecacuanha ou poaia, a goiabeira, o araçá, buranhém”. O missionário português Fernão Cardim relacionou a disenteria a um determinado tipo de verme. Ele registrou que a *erva tareroquig* era o “único remédio para câmaras de sangue” e

²² Santos Filho (1977: 180, nota) esclarece baseado no, *Diálogos das Grandezas do Brasil* que “fazer câmaras” significava defecar, pois “as vias ordinárias” têm a função de “fazer câmaras” e “(fazer) ourinas”.

que nessa erva se perfumavam os índios doentes “para não morrerem,” concluindo ser esse um grande remédio para a doença do bicho, a qual é comum em terras brasileiras (Ap.: Catharino, 1995: 503). Para mitigar os efeitos das diarreias, o médico holandês ainda registrou: o uso de óleo de cascas de laranja, aplicação de uma ninhada de vespas brasileiras em vinho e ervas castas ou mimosas fritas em vinagre sobre a barriga. Para ajudar a pessoa convalescente desta doença, usavam-se os frutos da *Bacóba* ou *Banána* semitostadas ou ressecadas, com vinho de *Acaju*, fruto verde de *Ianipába*; raspa de casca de tartaruga fluvial tostada, pelo seu valor adstringente; fígado de cabra tostado e castanha da árvore *Cedro Brasiliense* (Piso, 1957: 107).

A **malária ou paludismo**²³ é uma doença infecciosa aguda ou crônica, familiar também aos médicos gregos do século V a.C., segundo consta nos escritos hipocráticos. Santos Filho (1977: 176) considera o paludismo como “doença universal, denominada também ‘calentura’ pelos espanhóis, ‘sezões’, ‘terçãs’, ‘quartãs’ e ‘maleitas’, pelos portugueses e ‘malária’ ou ‘febre palustre’ pelos ‘italianos’ e ‘paludismo’ no Brasil. Esta doença já era considerada endêmica “nos primeiros anos da colonização”.

Segundo Piso (1957: 68), as terçãs e quartãs “são menos graves que na Europa; mas atingem o término mais depressa e com maior agudeza”.

O **Tifo**²⁴, transmitida por piolhos ou pulgas e caracterizada por febres e queda da pressão sangüínea, segundo Nava (2003: 122) foi muitas vezes confundido com a malária, pela dificuldade da época em diagnosticar e distinguir doenças seguidas de febres.

A **Tuberculose**²⁵ é uma doença grave que atinge todos os órgãos do corpo, principalmente os pulmões. Segundo Santos Filho (1977: 190), ela é de procedência europeia e africana:

depois de 1500, veiculada pelos brancos e pelos negros. E os índios, ainda virgens do contacto, foram presas indefesas, morrendo aos milhares de “febre hética” ou “lenta”, consuntiva. Chamada também “fraqueza do peito”, “chagas nos bofes”, “sangue pela boca” e “tísica”, a tuberculose a todos atingiu, porém mais acentuadamente aos pretos e mulatos, tidos estes como particularmente receptíveis.

²³ Causada pelo parasita do gênero *Plasmodium*, é transmitida pela picada do mosquito *Anopheles*.

²⁴ O tifo é uma doença provocada por rickettsias. Dois tipos de organismos provocam a doença: *Rickettsia prowazekii* (tifo epidêmico e doença de Brill) e *Rickettsia typhi* (tifo murino).

²⁵ Causada pelo microorganismo bacilo de Koch cientificamente chamado de *Mycobacterium tuberculosis*.

E sobre a pneumonia epidêmica não conseguimos especificar dados. No entanto, a exposição das doenças acima citadas, nos leva a crer que ela também faça parte das doenças epidêmicas na América pós-contato.

4 - Concepções ou natureza das doenças

A teoria humoral hipocrático-galênica²⁶ foi o principal corpo de explicação coerente do que eram saúde e enfermidade entre o século IV a. C. e o XVII d.C.. Em sua versão galênica, a fisiologia humoral sustentou o exercício médico europeu medieval e renascentista. Não podemos esquecer que, durante a Idade Média no Ocidente, esse *corpus* explicativo foi objeto de pesquisa e aperfeiçoamento entre os médicos árabes.²⁷ Um desses médicos, Avicena (980-1037), se tornou o mais famoso médico da época medieval. Sua obra o CANON, escrita a partir do legado de Galeno, teve ampla circulação na Europa até o século XVII. Com cerca de um milhão de palavras, ela era uma enciclopédia médica. Continha uma descrição das doenças “da cabeça aos pés”, um catálogo das drogas usadas no tratamento das doenças, especificando suas propriedades e modos de conservação, uma lista de fármacos e as suas virtudes terapêuticas, bem como, a preparação e manipulação de medicamentos e ainda uma longa lista de receitas e fórmulas medicinais e venenos.

Nessa perspectiva, entendia-se que o corpo era constituído por quatro humores fundamentais: o sangue, a pituíta ou fleugma, a bÍlis amarela e a bÍlis escura, de cuja coexistência em doses adequadas dependia os fenômenos vitais. Trata-se, pois como nos aponta Corbin, Courtine & Vigarello (2008: 438-439) de uma rede de interações e de diálogos entre substâncias, de comunicações entre o interior e o exterior do corpo. Os humores, formando uma rede de interações mútuas, eram os responsáveis pela saúde ou doença. Assim, acreditava-se que

(...) a doença sobrevinha quando um desses humores se acumulava (tornava-se “pletórico”), ou secava. Se o corpo fabricava muito sangue, seguiam-se “perturbações sangüíneas” – ou, segundo uma expressão moderna, a pressão

²⁶ Hipócrates de Cós, o “pai da medicina”, viveu no século V a.C., no auge da efervescência cultural ateniense. Ele deu os primeiros passos em direção à compreensão e ao tratamento das doenças através dos seus sintomas. Sua teoria, baseada nos quatro humores corporais, foi aperfeiçoada por Galeno, médico grego que viveu de 123 a 200 d.C. e que propôs uma teoria racional e sistemática chamada “físio-patológico-humoral”.

²⁷ Fonte: <http://www.pucsp.br/~filopuc/verbete/avicena.htm>, acessado em 13/11/08

sangüínea subia. Daí o excesso de calor ou a febre. Devia-se, conseqüentemente, sofrer uma hemorragia, ter uma crise, um ataque de apoplexia, ou uma crise cardíaca. Por outro lado, uma falta de sangue ou um sangue de má qualidade significavam (sic) uma perda de vitalidade (CORBIN, COURTINE & VIGARELLO, 2008: 445).

Guilherme Piso catalogou e avaliou as doenças e as terapias das doenças pelo crivo da concepção hipocrático-galênica. No Livro Primeiro da sua *História Natural e Médica da Índia Ocidental*, ele trata “dos ares, das águas e dos lugares” e inicia afirmando que “não se pode inventar mais adequada norma para ordenar ou instituir a Medicina, entre gentes remotas, do que a transmitida por Hipócrates” (Piso, 1957: 29). Nesse esquema, o calor do ambiente aquece o sangue, o que produz, por exemplo, impigens rebeldes, pruridos, disenterias, hemorroidas, inflamações do ânus e dos olhos, etc. Em outras palavras, “as bruscas mudanças de temperatura, os ‘constantemente ventos’, o ‘ar da noite’, o ‘ar da madrugada’, o ‘lunar’, o ‘sereno’, ‘a umidade’, são as principais causas das afecções respiratórias” (Santos Filho 1977: 217).

Mas, a medicina hipocrático-galênica não era a única chave de compreensão das doenças. Ela dividia espaço com a concepção religiosa - a indígena e a católica - das doenças, tanto na Europa como no continente americano.²⁸ O cristianismo medieval ensinava que as doenças eram causadas pelo pecado - da pessoa doente ou de seus parentes -, sendo, portanto, castigo divino. A cura viria então pelo arrependimento e a conversão da pessoa doente; o que era demonstrado cumprindo ou pagando a penitência. A igreja exigia fé do indivíduo para lhe administrar a cura, através de ritos, sacrifícios, confissões e penitências. Isso criou um sentimento de “desconfiança” de alguns setores da sociedade para com os médicos e de confiança para com as pessoas que gerenciavam ritos considerados “mágicos”. A instituição igreja via o doente como “impuro” e devia ser “evitado”. Um bom exemplo dessa discriminação é o “isolamento dos leprosos”. Como a doença era considerada castigo e fonte de purificação e redenção, “o sofrimento era amigo da alma”.

O processo terapêutico baseado na teoria humoral divergia das terapias baseadas na astrologia, na fé religiosa e nas ditas crenças e superstições, mas frequentemente ambos os procedimentos são utilizados numa mesma comunidade e época. Como afirma Nava,

(...) as grandes idéias médicas não pertencem a este ou àquele século, não são sucessivas e sim coexistentes. Tanto existe um naturismo hipocrático, como um

²⁸ No continente americano ou Índias Ocidentais existia igualmente uma terapêutica nativa que coincidia em parte com os métodos usados na Europa, como sangria, sucção e o uso de plantas medicinais, etc..

naturismo galênico; um naturismo arabista, como um naturismo contemporâneo. Ao seu lado existiu e existirá sempre um dogmatismo ou um empirismo; um humorismo ou um solidismo, um metodismo ou um ecletismo (2003: 10).

Nava prossegue alertando que o exercício da arte médica vai estar relacionado com as concepções filosóficas e religiosas, com as mudanças e permanências dos costumes e das crenças, com as descobertas do funcionamento da psique e do corpo humanos e das propriedades medicinais de substâncias de origem animal, vegetal e mineral, entre outros. De modo que, a medicina iniciada por Galeno conviveu com práticas anteriores ao próprio Hipócrates, assim como, na Renascença, as práticas esotéricas conviviam com o pensamento científico e médico do século XVII, do qual ainda faziam parte tradições e costumes do medievo (Gesteira, 2004: 80-81). Portanto, no Brasil colônia, as causas das doenças e as buscas da cura se orientavam nas tradições científicas da época, nas crenças mágico-religiosas entre indígenas e não indígenas.

O próprio Piso (1957: 72; 73; 77) seguidor da medicina hipocrático-galênica explica, por exemplo, as epidemias como oriundas de qualidades funestas ou dos malignos astros. Ele entende que no verão muito seco “passam mal os biliosos e melancólicos, pelo excessivo calor”, pois “o calor aniquila e resseca o que lhes fica de umidade no corpo, restando às partes viscosas e mais crassas. Para ele, o céu, as estações do ano, a diversidade da águas e dos alimentos e o gênero de vida diferente “mudam sem dúvida os temperamentos” e fazem surgir doenças aparentemente novas, simplesmente “porque não observam bem o período, o tempo e os mesmos acidentes; contudo, nem sempre diferem na maneira de serem curadas”.

Considerações finais

Da análise realizada gostaríamos de considerar alguns aspectos: 1) A enorme quantidade de dados existentes nas fontes sobre as doenças que afetaram a vida dos povos indígenas do Brasil no período colonial. As caracterizações aqui apresentadas sobre as enfermidades são apenas uma amostra desse vasto material. Tais doenças, especialmente na obra de Piso, foram registradas via de regra de acordo com a nomenclatura médica em voga na Europa dos séculos XVI e XVII. Não nos é, portanto, possível discriminar quais dessas doenças teriam sido em seus sintomas apenas semelhantes ou mesmo idênticas às que existiam na Europa.

As inúmeras doenças catalogadas correspondem também a um imenso catálogo de

práticas curativas, de plantas, de substâncias de origem animal, de minerais, etc., da farmacopeia e da arte indígena de curar,²⁹ que, sendo incorporado pelos conquistadores certamente reduziu a atitude depreciativa em relação aos povos indígenas, como bem aponta Eliane Deckmann Fleck (2004: 658), ao estudar o tema nas reduções jesuítico-guarani do antigo Paraguai.

Os registros da época nos permitem finalizar este artigo com a ideia de que a compreensão mítico-religiosa das doenças conviveu com uma compreensão de vertente mais racional, inclusive entre os missionários e demais agentes civilizadores. Essas duas concepções influenciaram por sua vez a terapêutica usada para combater os males. Pode se observar, nesse sentido, que a medicina praticada pelos povos indígenas combinava o mágico-religioso com o empírico, não se diferenciando muito do que era a medicina europeia à época, lugar de convivência da teoria dos quatro humores com padrões explicativos metafísicos, que incluíam a noção de doença como castigo divino e consequência de comportamentos considerados lascivos, assim como o uso de rezas e fórmulas milagrosas para conseguir a cura. O fato de certas doenças serem atribuídas à lascívia deriva, por um lado, do imaginário europeu, no qual o corpo nu ou “precaricamente” vestido era associado a excessos sexuais e a promiscuidade. Os povos indígenas e os africanos eram considerados propensos à lascívia e todas as pessoas que não resistissem aos prazeres da carne e não vivessem castamente gerariam doentes ou doenças venéreas. Por outro lado, as doenças indígenas são atribuídas repetidas vezes à lascívia porque o autor das fontes confunde várias doenças com a sífilis.

Com relação às epidemias pôde-se observar certa ambiguidade nas fontes. Piso, por exemplo, registrou que as populações índias eram imunes às doenças que flagelavam em certos tempos. Contudo, ele também caracterizou algumas das doenças epidêmicas, mas sem contextualizar ou relatar os estragos que elas causavam na sociedade indígena. Destes temos notícias em outras obras.

Recapitulando frente à questão inicial, cabe dizer que, se por um lado a simples continuidade geracional da população indígena mostra que os povos índios tinham se adaptado à intempérie, aos perigos da selva e às doenças do seu meio; por outro lado, essa adaptação não os livrou de experimentarem e transmitirem tais doenças e de serem vítimas de mordeduras de animais peçonhentos que igualmente podiam lhes transmitir

²⁹ Esse tópico é desdobrado num outro artigo, *Práticas curativas indígenas: Contribuição para o estudo do tema no Brasil Colônia*, assinado por Gabrielly Saruwatari e Graciela Chamorro.

enfermidades. Como bem expressa o jurista José Martins Catharino (1995: 80), em sua obra *Trabalho índio em terras de Vera ou Santa Cruz e do Brasil: Tentativa de resgate ergonômico*, a exposição indígena às severidades e mudanças do meio ambiente foi tanto responsável pela resistência indígena quanto pela sua vulnerabilidade às doenças.

Quanto ao uso dos dados levantados nesta pesquisa cabe dizer que esses dados serão, em primeira instância, de muito proveito para o estudo das doenças nos povos indígenas guarani falantes dos séculos XVI e XVII, assim como para um estudo comparativo das doenças nas comunidades *kaiová*, guarani e *mbyá* na atualidade com grupos indígenas guarani parlantes chamados históricos.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, Emanuel. *O teatro dos vícios: transgressão e transigência na sociedade urbana colonial*. 2ª ed. – Rio de Janeiro: José Olympio, 1997.

CATHARINO, José Martins. *Trabalho índio em terras da Vera ou Santa Cruz do Brasil: tentativa de resgate ergonômico*. Rio de Janeiro: Salamandra, 1995.

CHAMORRO, Graciela. *Etnografia histórica dos povos guarani: Aporte lingüístico para os estudos histórico-antropológicos A PARTIR DOS LÉXICOS DE ANTONIO RUIZ DE MONTROYA*. PROJETO DE PESQUISA 2008-2010. DOURADOS: UFGD-CNPQ. 2007.

CORBIN, COURTINE & VIGARELLO. *História do corpo: Da Renascença às Luzes*. São Paulo: Ed. Vozes 2008, p. 438-439.

FLECK, Eliane Cristina Deckmann. *A morte no centro da vida: reflexões sobre a cura e a não-cura nas reduções jesuítico-guaranis (1609-75)*. In: *História, Ciências e Saúde* 11(3):635-660, set.-dez., Rio de Janeiro: 2004.

FLECK, Eliane Cristina Deckmann. *Sobre martírios e curas: medicina e edificação nas reduções jesuítico-guaranis*. *Estudos Ibero-Americanos*. Rio Grande do Sul: vol. 31, n. 1, p. 35-50, 2005.

FLECK, Eliane Cristina Deckmann. *Da mística às luzes – medicina experimental nas reduções jesuítico-guaranis da Província Jesuítica do Paraguai*. In: *Revista Complutense de Historia de América*. vol. 32: 153-178, Madrid, 2006.

FREYRE, Gilberto. *Casa-grande & senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal*. 51ª ed. Ver. – São Paulo: Global, 2006.

GESTEIRA, Heloisa Meireles. *A cura do corpo e a conversão da alma – conhecimento da natureza e conquista da América, século XVI e XVII*. In: *TOPOI*. vol. 5, n. 8, jan.-jun. 2004, pp. 71-95.

GURGEL, Cristina B. F. Martin. *A Fitoterapia Indígena no Brasil Colônia (Os primeiros dois séculos)*. Tese de Doutorado em Clínica Médica (em andamento) pela Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil, 2005.

GREGÓRIO, José. *Contribuição Indígena ao Brasil – v. I, II e III*. Ed. Direitos reservados à UNIÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO E ENSINO – Belo Horizonte/MG, 1980.

MARTIUS, Karl F.P von. *Natureza, Doenças, Medicina e Remédios dos Índios Brasileiros: 1984/* Carlos F.F. Von; tradução, prefácio e notas de Pirajá da Silva. – 2.ed. – São Paulo: Ed. Nacional; (Brasília): INL., Brasileira; vol. 154, 1979.

MÉTRAUX, Alfred. *A religião dos tupinambás e suas relações com a das demais tribos tupi-guaranis*. – 2. ed – São Paulo: Ed. Nacional; Ed. da Universidade de São Paulo, 1979.

NAVA, Pedro. *Capítulos da história da medicina no Brasil*. Cotia, SP: Ateliê Editorial; Londrina, PR: Eduel; São Paulo: Oficina do Livro Rubens Borba de Moraes, 2003.

NOELLI, Francisco S. & **SOARES**, André Luis R. *Para uma História das epidemias entre os Guarani*. In: *Diálogos* (01):165 - 178, Maringá, 1997.

PISO, Guilherme. *História natural do Brasil ilustrada*. São Paulo: Cia. Editora Nacional, 1948.

PISO, Guilherme. *História Natural e Médica da Índia Ocidental*. Rio de Janeiro: INL, 1957.

RAMOS, Antonio Dari. *O medo instrumentalizado: província Jesuítica do Paraguai (1609-1637)*. Campinas, SP: Curt Nimuendajú, 2007.

RODRIGUES, José Honório. *História da história do Brasil. 1ª parte historiografia colonial*. São Paulo: Ed. Nacional. Brasília: INL, 1979.

ROSEN, George. *Uma História da saúde pública*. 2ª ed. – São Paulo: HUCITEC: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: Hucitec: Ed. da Universidade de São Paulo, 1977.

Recebido em: 10/04/2011

Aprovado em: 02/06/2011