



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

MARCIO MARTINS DA COSTA

**O DIÁLOGO ESTABELECIDO ENTRE PORTUGUESES E ÍNDIOS NO PERÍODO
COLONIAL: a influência na construção de práticas de cuidado no Brasil**

Rio de Janeiro

2016

MARCIO MARTINS DA COSTA

**O DIÁLOGO ESTABELECIDO ENTRE PORTUGUESES E ÍNDIOS NO PERÍODO
COLONIAL: a influência na construção de práticas de cuidado no Brasil**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências, das Técnicas e Epistemologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em História das Ciências, das Técnicas e Epistemologia.

Orientadora: Prof.^a Dra. Teresa Cristina de Carvalho Piva

Rio de Janeiro

2016

CIP - Catalogação na Publicação

M837d Martins da Costa, Marcio
O diálogo estabelecido entre portugueses e índios no período colonial: a influência na construção de práticas de cuidado no Brasil / Marcio Martins da Costa. -- Rio de Janeiro, 2016. 148 f.

Orientadora: Teresa Cristina da Carvalho Piva .
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Decania do Centro de Ciências Matemáticas e da Natureza, Programa de Pós Graduação em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia, 2016.

1. História do Brasil. 2. População Indígena. 3. Práticas de cuidado. 4. Brasil Colônia. 5. Cuidados de saúde. I. da Carvalho Piva , Teresa Cristina, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

MARCIO MARTINS DA COSTA

**O DIÁLOGO ESTABELECIDO ENTRE PORTUGUESES E ÍNDIOS NO PERÍODO
COLONIAL: a influência na construção de práticas de cuidado no Brasil**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências, das Técnicas e Epistemologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em História das Ciências, das Técnicas e Epistemologia.

Aprovada em: 29 de fevereiro de 2016.

Prof.^a Dra. Teresa Cristina de Carvalho Piva
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Luís Carlos Santiago
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Mércio Pereira Gomes
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Regina Maria Macedo Costa Dantas
Universidade Federal do Rio de Janeiro

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, primeiramente a Deus por seu amor e cuidado para comigo. À minha filha, Clarissa, pelo amor e apoio irrestritos, e companheirismo nos momentos de dificuldade. Aos professores, que muito contribuíram para minha formação. Aos amigos, que me acompanharam nesta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Foi como uma miragem bailando sobre as águas salgadas. Após uma sequência infindável de dias iguais, o horizonte já não era uma linha longínqua e vazia. No último ponto que os olhos podiam vislumbrar, surgiam, agora, estranhas silhuetas. Pareciam montanhas flutuantes singrando o oceano. Os homens acotovelaram-se à beira-mar, com os olhos postos de encontro ao céu matinal para vislumbrar a mais espantosa novidade de suas vidas. Que tipo de canoas seriam aquelas, que pareciam ter asas, tão brancas e tão amplas, e que avançavam junto com o sol? Trariam boas novas ou más notícias? Vinham em paz ou prontas para a guerra? Parecia miragem mas era real. Com as cores do amanhecer tingindo a cena de dourado, os 6 ou 7 homens que estavam na praia juntaram seus arcos e flechas e se prepararam para um encontro com os desconhecidos. De onde viriam os recém- chegados? De uma ilha ou de alguma terra além-mar? Vinham provavelmente da Terra Sem Males, julgaram os mais experientes: o lugar onde todos eram felizes e ninguém morria, e que ficava para lá da imensidão das águas salgadas. Os nativos avançaram cautelosamente e, após alguma hesitação, depuseram as lanças. Elas acomodaram-se nas claras areias da praia. Uma nova era estava se iniciando em Pindorama, a Terra das Palmeiras. Um velho mundo estava prestes a desaparecer.

Eduardo Bueno (2000)

Terra a Vista! Eis que chego ao final e enxergo o cais. Avisto o farol da barra e não faço ideia do que me aguarda no caminho do indefinido. O oceano se torna a partir de agora um espelho brilhante e cristalino, recheado de mistérios e novas aventuras para o além mar.

Neste mar de novas oportunidades, o fim toma a forma de início e o novo proporciona o embarque nas naus que perfilam por caminhos enriquecedores na magnitude de sua altivez e distintos na concepção de suas descobertas.

Na opulência das riquezas, enraizadas nesta pátria ainda silvícola e aforista por natureza, me obrigo com o findar desta conquista; emocionante na essência, laboriosa em seus fundamentos e entorpecida pelas adversidades, a gratular a todos que se tornaram “*práticos*” e me ampararam no arrojo para atracagem de minha nau em todos os portos que tive que ancorar até o meu destino final.

Bem sei que corro o risco de não dar conta de agradecer a todos, como merecido, pelas distintas contribuições recebidas durante a construção deste documento e suas diversas facetas.

Para maior percepção desse significado necessito apontar que esta não foi uma navegação breve, mas sim uma travessia além-mar, que se apresentou por vezes infindável, sobretudo pelas adversidades de cunho pessoal de toda ordem, que

tornaram esse mar revoltado e por vezes assustador. Porém, a contribuição de cada um aqui citado, tornou o horizonte, por vezes nebuloso e sombrio, em um mar de brilho, cor e possibilidades reais.

Se o desafio era real, as motivações, também grandiosas, sempre estiveram ancoradas na parceria de pessoas que ao longo de todo processo, se mostraram fundamentais para remediar os tropeços, abrandar o marear e fortalecer a coragem no enfretamento das tormentas.

Este momento oportuniza destacar e me desculpar com todos pelos momentos que estive ausente, nesta viagem incansável de descobertas pelo tão sonhado “*novo mundo*” e gratular aos “*nautas*” que possibilitaram a mim, a conclusão de uma viagem que iniciei em janeiro de 1999 na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) aos meus 18 anos de idade.

Dessa forma, dando prosseguimento, descrevo algumas palavras as quais gostaria imensamente de podê-las verbalizar, aos que embarcaram junto a mim nessa tão esperada viagem.

A Deus, por ter me conduzido à vida, à saúde, à minha família, aos meus amigos, aos livros, à justiça, a fé, aos estudos e por estar sempre ao meu lado e por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar os problemas, mostrar os caminhos nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

A minha pequena, porém enorme filha, Clarissa, que traz tanta luz e gosto para minha vida, um amor especial, sincero e diferente de tudo. Você é a lição mais profunda que vivo de amor, dignidade, ternura, preocupação e transformação... Minha luz que se acendeu ao longo do curso. Filha, perdão pelos momentos de ausência exigidos para minha formação no doutorado. Agora a tese chegou ao fim. Prometo ser muito mais seu. Vamos poder dançar juntos, cantar juntos, ler juntos, brincar juntos, passear juntos e ter muito mais tempo para a vida. Que tal?

A meus pais, Celso e Maria da Graça, os mais profundos agradecimentos por suas sábias lições de esperança; sempre ao meu lado com palavras de apoio e motivação – como, por exemplo, amor, crença, compreensão, alegria – imprimiram-me a crença necessária para concretizar os meus sonhos e ter fé em Deus e nos seus propósitos.

Ao meu irmão, Marcelo, que com seu jeito reservado de ser, sempre foi meu parceiro e melhor amigo, que mesmo ficando dias sem se falar, mesmo depois das brigas, e até mesmo não concordando um com o outro, ou afastado por alguns dias, enfim, entre a gente pode acontecer de tudo, mas temos a certeza que entre nós dois existe um amor verdadeiro.

Ao meu afilhado, Danilo, que me ensinou a sorrir para a vida, o encanto e a alegria de brincar e por estar presente a todo momento nos meus sentimentos.

Aos meus avós maternos Orozimbo Andrade Martins e Maria Fidalgo Martins pelos ensinamentos durante a infância e adolescência que permanecerão por toda minha vida na memória e ao meu bisavô Celcio Vieira Machado, que me demonstrava – com seu ‘saber da sabedoria’ – que *“avô volta a ser criança quando nasce os netos”*, ensinando-me a coragem de prosseguir, fazendo o melhor possível, porque, como dizia, *“você consegue só depende de você”*.

À Professora Tereza Piva, na qualidade de amiga e orientadora, os tantos e inesquecíveis diálogos e momentos. Sempre parceira nas conquistas e fiel escudeira nas dificuldades do dia a dia. Sou inteiramente grato por essa orientação que ultrapassa a tese, e se estende aos importantes diálogos da vida e suas construções. Sempre sábia e companheira, parceira, transparente e amiga, me fez acreditar que era possível. Agradeço, sobretudo, o privilégio de haver trabalhado em um tema que me traz tanta contribuição na construção de vida e ter me apresentado a história das ciências sob uma perspectiva crítica e ampliada.

A Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP), que através de sua formação crítica e contextualizada, na busca pelos anseios da sociedade e visando responder aos questionamentos mais pertinentes, me permitiu se tornar uma pessoa melhor e um cidadão consciente de suas responsabilidades em uma sociedade tão desigual.

Ao Programa de História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia (HCTE) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) por ter me ofertado maiores condições de inteirar relações, associações, olhar os processos de uma forma mais aprofundada e adquirir novos conhecimentos que ficarão para a vida.

A todos os Professores do Programa de História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia, pela possibilidade do (re)encontro com a garra e o idealismo que tornaram possível à Academia e à prática, esse novo olhar sobre história e suas relações.

À Professora Nélia Figueiredo, de quem tenho imenso orgulho e admiração, agradeço a oportunidade de ter sido aluno e orientando de iniciação científica e por ter me apresentado e introduzido na vida acadêmica. Agradeço ainda o carinho pelo aceite em participar de minha banca de doutoramento e por poder observar o produto de sua construção que se iniciou em minha graduação.

Ao Professor Luis Santiago, sou imensamente grato pelo incentivo e fortalecimento através de suas falas e dos momentos de apoio incondicional. Não apenas valorizo os comentários e observações críticas a respeito do texto e as ricas lições sobre a Prática de Cuidar, mas também sua amizade sempre verdadeira. Você é um amigo para todas as horas e indispensável para minha vida. Agradeço ainda, pela disposição para discutir o projeto, bem como por seus questionamentos e contribuições na etapa da qualificação.

Aos Professores Mércio, Regina, Nádja e Yara meus agradecimentos por sua permanente solicitude em todas as fases do projeto, bem como pelo carinho e dedicação no meu processo de doutoramento.

Há muito mais a quem agradecer... A todos aqueles que, embora não nomeados, me brindaram com seus inestimáveis apoios em distintos momentos, o meu reconhecido e carinhoso muito obrigado! A todos vocês eu dedico a coautoria deste trabalho.

Mais importante do que ser importante, é fazer-se importante na vida de alguém. Então sinta-se importante, pois és importante para mim.

(Desconheço o autor, mas sempre utilizei como filosofia de vida para mim)

RESUMO

COSTA, Marcio Martins da. **O diálogo estabelecido entre portugueses e índios no período colonial**: a influência na construção de práticas de cuidado no Brasil. 2016. Tese (Doutorado em História das Ciências, das Técnicas e Epistemologia) - Centro de Tecnologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Este estudo objetivou analisar, a luz da História, o desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde no Brasil, influenciado pelo encontro entre portugueses e indígenas no período colonial. Apresenta-se dividido em quatro grandes capítulos, quais sejam: 1. O desenvolvimento das práticas médicas em Portugal; 2. O Brasil colônia; 3. Artes e Ofícios de Cuidar no Brasil do século XVI e XVII; 4. O diálogo estabelecido entre as práticas portuguesas e indígenas e o desenvolvimento do cuidado em saúde no Brasil. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, do tipo documental. Para a investigação, as fontes de busca utilizadas nesta tese foram classificadas em três áreas, quais sejam: documental; material ou imagética, e bibliográfica. A busca bibliográfica aconteceu no período de 2012 a 2015, onde foram selecionados diversos materiais como artigos, teses, dissertações, manuais, livros, fotografias, correspondências oficiais, dentre outros. Sendo, então, organizados e tabulados compondo o banco de dados ou acervo, que subsidiaram as narrativas apresentadas na presente tese. Com base na análise realizada foi possível confirmar a afirmativa de tese formulada, ao identificar que o encontro entre portugueses e indígenas no período quinhentista, influenciou diversas práticas de cuidado desenvolvidas atualmente no Brasil. Neste contexto, destacam-se ações desenvolvidas por índios e por portugueses que possuíam atuação direta no reestabelecimento dos enfermos, ações estas que por vezes se complementavam, ou que simplesmente eram apresentadas a um grupo ou outro, conferindo a troca de experiências e conhecimentos, compondo práticas de cuidado únicas e características do Brasil. Onde de um lado, encontramos jesuítas e físicos-mor com seus conhecimentos aprimorados de química e biologia, com seus remédios, boticas e cuidados institucionalizados em enfermarias, que prestavam serviços de elevado grau de contribuição aos índios, e de outro, estes índios com seus conhecimentos empíricos e intuições acerca dos insumos da natureza para o auxílio no tratamento, cura e cuidado de enfermos, que também contribuíram para as práticas médicas desenvolvidas na Europa. Assim, o encontro de culturas distintas com premissas semelhantes resultou em práticas de cuidados únicas e características do Brasil Colônia, que conforme foi possível observar ao longo desta tese, muitas encontram-se no cotidiano das ações de cuidado e terapêuticas desenvolvidas no processo de saúde doença na atualidade.

Palavras-Chave: História do Brasil. População indígena. Práticas de cuidado. Brasil Colônia. Cuidado de saúde.

ABSTRACT

COSTA, Marcio Martins da. **The dialogue established between the portuguese and indians in colonial times**: the influence on the construction of care practices in Brazil. 2016. Tese (Doutorado em História das Ciências, das Técnicas e Epistemologia) – Centro de Tecnologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

The present study aimed at analyzing, in light of History, the development of the health care practices in Brazil, influenced by the encounter between the Portuguese and indigenous people in the colonial period. It is divided into four large chapters, which are: 1. The development of the medical practices in Portugal; 2. Colonial Brazil; 3. Arts and Crafts of Care in 16th and 17th century Brazil; 4. The dialogue established between the Portuguese and indigenous practices and the development of health care in Brazil. It is a qualitative, exploratory, documentary study. For the investigation, the search sources utilized in this dissertation were classified in three areas, which are: documentary; material or imagerial; and bibliographical. The bibliographical search occurred in the period from 2012 to 2015, in which several materials were selected, such as articles, dissertations, theses, manuals, books, photographs, official correspondences, among others. Being, then, organized and tabulated composing the database or collection, which subsidized the narratives presented in this dissertation. Based on the analysis conducted, it was possible to confirm the statement of the formulated dissertation, identifying that the encounter between Portuguese and indigenous people in the 16th century, influenced several care practices currently developed in Brazil. Within this context, we highlight the actions developed by indigenous people and by Portuguese who had direct action in the recovery of the sick people, actions which sometimes complemented each other, or were simply presented to one or another group, conferring the exchange of experiences and knowledge, composing unique care practices and characteristics of Brazil. On one hand, we find Jesuits and chief physicians with their enhanced knowledge of chemistry and biology, with their medicines, drugstores and institutionalized care in wards, who rendered services of high degree of contribution to the indigenous, and on the other hand, these indigenous people with their empirical knowledge and intuitions regarding nature's inputs for the aid in the treatment, cure and care for sick people, who also contributed to the medical practices developed in Europe. Thus, the encounter of distinct cultures with similar premises resulted in care practices which are unique and typical of Colonial Brazil, which, as it was possible to observe along this dissertation, many of them are present in the daily routine of the care and therapeutic actions developed in the health-disease process in the present time.

Keywords: History of Brazil. Indigenous population. Care practices. Colonial Brazil. Health Care

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fachada principal da Universidade de Coimbra – Portugal	34
Figura 2	Fachada do Hospital Todos os Santos fundado em Lisboa – Portugal	38
Figura 3	As epidemias que devastaram a Europa na Idade Média	46
Figura 4	Representação de óleo sobre a tela - Chegada dos Portugueses ao Brasil	50
Figura 5	Reprodução de um trecho da carta de Pêro Vaz de Caminha ao rei Dom Manuel dando notícia das terras então descobertas	55
Figura 6	A chegada das embarcações portuguesas no “novo mundo”	60
Figura 7	Obra do artista Victor Meirelles representando a Primeira Missa no Brasil dos jesuítas	66
Figura 8	Ritual primitivo de sepultamento de indígenas/ Enterro, litogravura aquarelada, Johann Moritz Rugendas, séc. XIX	71
Figura 9	Carta de fiscalização das boticas pelo físico- mor	73
Figura 10	Fachada do Hospital Real Militar	74
Figura 11	Edifício da Faculdade de Medicina	75
Figura 12	O encontro entre indígenas e jesuítas	88
Figura 13	Indígenas e jesuítas em cerimônia de batismo	89
Figura 14	Epidemias e morte entre a população indígena	91
Figura 15	Interação entre índios e jesuítas no Brasil-colônia	93

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Organização do material analisado	29
Quadro 2	Apresentação das principais moléstias que atingiram os indígenas nos séculos XV ao XVIII	58
Quadro 3	Técnicas contemporâneas que se utilizam da água como recurso terapêutico	107
Quadro 4	Demonstrativo dos principais insumos utilizados pela população indígena nas práticas de cuidar	129

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HDL	Lipoproteína de Alta densidade
HGH	Hormônio do Crescimento Humano
HNMD	Hospital Naval Marcílio Dias
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDL	Lipoproteína de Baixa densidade
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	16
1 O DESENVOLVIMENTO DAS PRÁTICAS MÉDICAS EM PORTUGAL	32
1.1 OS PRIMEIROS TEMPOS DO ENSINO DA MEDICINA EM PORTUGAL	32
1.2 A CIÊNCIA MÉDICA NOS SÉCULOS XVI E XVII	36
1.3 A GRANDE ESCOLA PRÁTICA DA MEDICINA: AS EPIDEMIAS	46
	49
2 O BRASIL COLÔNIA	
2.1 A EXPANSÃO MARÍTIMA E A CHEGADA DOS PORTUGUESES AO BRASIL	49
2.2 O ÍNDIO	53
2.3 NOVOS POVOS E NOVAS MOLÉSTIAS: O CALDEIRÃO CULTURAL DO BRASIL QUINHENTISTA.	59
2.4 A “BAGAGEM” DE TOMÉ DE SOUZA EM 1549 TRAZIA O PRIMEIRO FÍSICO OFICIAL	65
2.5 AS PRIMEIRAS ESCOLAS DE MEDICINA DO BRASIL	74
	76
3 ARTES E OFÍCIOS DE CUIDAR NO BRASIL DO SÉCULO XV E XVI	
3.1 ANTROPOLOGIA DO CUIDAR	76
3.2 ANTROPOLOGIA DA DOENÇA	82
3.3 O ENCONTRO ENTRE INDÍGENAS E JESUÍTAS E SUAS PRÁTICAS DE CUIDADO	88
4 O DIÁLOGO ENTRE PORTUGUESES E ÍNDIOS NO PERÍODO COLONIAL E SUA INFLUÊNCIA PARA A CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO NO BRASIL	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS	116
APÊNDICE	129
ANEXO	133

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A história não é um arquivo, ou relicário de memórias evocadas: seria de pouco préstimo. Ao contrário. A história é uma criação contínua da vida.

Afrânio Peixoto

Esta tese apresenta como objeto central a influência do encontro entre portugueses e índios no período colonial para o desenvolvimento de práticas de cuidado no Brasil.

O interesse por este tema surgiu no ano de 2003, quando tive a oportunidade de trabalhar no projeto de pesquisa Cuidando de Quem Cuida, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), na qualidade de bolsista de Iniciação científica, e discutir a construção do cuidado e seus diálogos terapêuticos sob a ótica da medicina alternativa.

Durante minha trajetória acadêmica no curso de mestrado, minha aproximação com o tema foi ainda maior, quando tive a oportunidade de trabalhar em minha dissertação de mestrado, o cuidado sob a ótica do conceito contemporâneo de cuidar e suas implicações no processo de trabalho e nas relações sociais do ser que cuida e do ser que é cuidado.

Outro fato importante que favoreceu minha aproximação com o assunto em questão foi a oportunidade de ter chefiado o serviço de tratamento de lesões de alta complexidade do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), durante os anos de 2006 a 2012 e ter me deparado com uma realidade de cuidado por parte dos pacientes e familiares, pautada no conhecimento intuitivo e empírico no que se refere as lesões de pele.

Cumprе ressaltar que no hospital em questão além das atividades gerenciais, fui responsável pelo atendimento ambulatorial dos pacientes acometidos por esses agravos e vivenciei diretamente o fato de que o cuidado intuitivo e empírico fazia parte da rotina destes pacientes e que por muitas vezes vinham orientados pelas gerações passadas e segundo relatos dos mesmos com resultados positivos para o processo de restabelecimento do agravo a saúde.

Este fato sempre me estimulou a entender o processo de constituição do cuidado terapêutico no Brasil e suas relações a partir do encontro entre portugueses e índios no período colonial.

A História ocidental tem suas origens ancestrais nas cronologias da Mesopotâmia e do Egito, nas escrituras Bíblicas e nas Histórias de Heródoto (484-425 a.C.), o “pai da História”, o primeiro a usar a palavra **história** (do grego, *historie*: inquirição) no sentido de pesquisa e investigação¹.

Observam-se registros desde o período Paleolítico, por meio de estudos das enfermidades, onde surgiu a Paleopatologia e os tratamentos de enfermidades com a Medicina Primitiva. Documentos da Mesopotâmia e do Egito registram uma evolução da medicina, fundamentada na magia e no empirismo. Contudo, a medicina como ciência, baseada na interpretação natural da doença, surge somente no século V a.C com Hipócrates (c. 460 – 375 a.C)¹.

“A laicização do mundo helênico vinha ao encontro da nova ordem políade, independente, que lograva mais espaços no Século de Péricles”^{2;12} destacando-se como registro mais distante, da proscrição do sagrado pautado na atividade humana, o tratado de medicina³.

Nesse contexto, a medicina desempenhou uma função vital e decisiva para as diversas mudanças sociais. Na gênese do que se aprendeu a chamar de Grécia antiga, a medicina foi, mais do que um importante componente, um verdadeiro parâmetro. Entre os distintos pilares da nova forma grega de se relacionar com o mundo, a medicina ocupava um lugar de destaque fundamentando seus pensamentos. Platão, Tucídides, os tragediógrafos e mesmo Aristóteles, perfilhavam na medicina o paradigma de um novo *modus putandi*¹.

Historicamente os pesquisadores têm demonstrado grande interesse no desenvolvimento da ciência nos países desenvolvidos e seus espólios intelectuais emanados da ciência grega medieval e a explosão intelectual dos séculos XVI e XVII, advinda da revolução científica, destacando-se como um marco mais estruturado do conhecimento e na consolidação das constatações científicas⁴. Período que marcou a ruptura das práticas ditas científicas na Idade Média, fase em que a Igreja Católica determinava a sabedoria a contento dos preceitos religiosos.

Nesse contexto, faz-se importante ressaltar a ascensão da economia medieval nos séculos XII a XIV, diante de uma maior oferta de mantimentos agrícolas e o desenvolvimento das cidades. Essa dinâmica pautada no progresso favoreceu o

aquecimento das atividades mercantis, a flexibilidade das relações servis em algumas regiões, a monetarização da economia e solidificação de uma nova camada social pela burguesia.

Contudo, o século XV, para a Europa foi um marco de reconstrução após ter sido assolada pela peste bubônica e ter tido sua população dizimada, marco conhecido como a peste negra⁵.

A peste era o tipo de calamidade que não inspirava solidariedade. O fato de ser asquerosa e mortal não aproximava as pessoas num sofrimento mútuo, mas apenas aumentava seu desejo de escapar da mesma sorte. Desse modo, a fuga era generalizada. Fugiam os magistrados e notários, que se recusavam a fazer o testamento dos agonizantes, fugiam os padres, em pânico diante da perspectiva de ouvir as confissões dos moribundos, e fugiam os médicos, o que só piorava o quadro geral. Para muitos, o fim do mundo era tido como certo, o que os levava a procurar o esquecimento no prazer sem freios [...]⁶.

No outono de 1348, final do século XIV, Portugal conheceu a peste bubônica que levou ao fenecimento de grande parte de sua população e motivou a convocação da Corte em 1352, a fim de restaurar a ordem e perscrutar uma forma de combater o mal que ora devastava o país^{5,7-8}.

Portugal, então, busca sua reconstrução após ter sua população dizimada pela peste negra. Essa catástrofe biológica, que arrebatou cerca de um terço da população portuguesa, trouxe como consequência “positiva”, a restauração portuguesa e a abertura do caminho para o descobrimento de novas Civilizações e de um novo espírito científico.

A ampla expertise que Portugal detinha no comércio marítimo, especialmente para pesca de bacalhau, favoreceu o pioneirismo deste país nas navegações dos séculos XV e XVI. Com uma quantia expressiva de investimentos oriundos da burguesia e da nobreza, interessadas na rentabilidade que este negócio poderia gerar, as caravelas portuguesas eram desenvolvidas com qualidade superior à de outras nações⁹.

Cabe considerar que a navegação praticada pelos Portugueses no século XV, que permitiu a expansão marítima a praticamente todo o mundo, tinha um caráter essencialmente prático, baseada na transmissão dos conhecimentos dos mestres aos aprendizes. As bases matemáticas necessárias para a navegação eram, à época, bastante rudimentares, não sendo necessários grandes conhecimentos nem elevadas

capacidades de cálculo para a realização das operações aritméticas necessárias, por exemplo, à determinação da posição dos navios¹⁰.

Desta forma, não existiam escolas nas quais os navegadores eram ensinados oficialmente. Mesmo a “Escola de Sagres” não passou de um mito, enraizado na nossa historiografia até tempos bem recentes. A ideia de que teria existido em Sagres, uma escola náutica fundada pelo Infante D. Henrique para formar os navegadores dos Descobrimentos, começou a ser questionada no início do século XX. Alguns autores demonstraram a possibilidade da existência da “Escola de Sagres”, mas não como uma instituição física e organizada¹⁰.

Sem dúvida, um fator que favoreceu a Portugal, foi a disposição geográfica do país, com todo o seu litoral voltado para o Atlântico, suscitava o pioneirismo além-mar, edificando a Portugal um conjunto de fatores que o levariam a desenvolver nas atividades marítimas uma sólida base econômica.

Com uma monarquia forte, centrada na figura do rei, Portugal buscava em suas incursões marítimas o desenvolvimento de sua economia e a ampliação de seus interesses, tendo como importante marco a Revolução de Avis, que se destacou por centralizar a vida política portuguesa na figura do rei¹¹.

Neste novo cenário, os reis da dinastia Avis governaram com o apoio dos comerciantes e incentivaram o desenvolvimento do comércio naval, através das incursões marítimas de ida e volta entre o Mediterrâneo e o mar do Norte, que estariam por descobrir novas civilizações e por mudar os rumos da história mundial¹².

Enquanto Portugal buscava o seu desenvolvimento econômico e comercial, do outro lado do “mar de atlas” figurava um povo bucólico em suas expressões imunológicas e pândego em sua natureza atrativa, que estaria por ser encontrado pela expedição marítima de Pedro Alvares de Cabral¹².

Expedição essa, que em 1º de maio de 1500, foi descrita por Pero Vaz de Caminha, notário da esquadra de Pedro Alvares Cabral, em documento redigido e endereçado a Dom Manoel I, transmitindo a descoberta de novas terras. O documento lavrado, na cidade de Porto Seguro, e conduzido a Lisboa por Gaspar de Lemos, demonstra o enlevo dos Europeus ao se depararem com os encantos do “Novo Mundo”¹³.

A narrativa apresentada na carta (anexo A) demonstra que Vaz de Caminha mostra-se um observador, e se sustenta de forma imparcial a todo tempo, fato que pode ser observado no trecho da carta em que ele descreve o comportamento dos

nativos, qual seja: “Também andavam entre eles quatro ou cinco mulheres, novas, que assim nuas, não pareciam mal”^{14:141}.

Pero Vaz de Caminha atribuiu à sua redação recursos particulares e pessoais na descrição do que viu, entre eles em sua escrita jocosa, comparava às mulheres portuguesas às índias, revelando todo o subjetivismo por meio das impressões que o cercava e denotando um olhar para figura do corpo feminino que estampava uma perspectiva concupiscente¹³.

Ali veríeis galantes, pintados de preto e vermelho, e quartejados, assim pelos corpos como pelas pernas, que, certo, assim pareciam bem. Também andavam entre eles quatro ou cinco mulheres, novas, que assim, nuas, não pareciam mal. Entre elas andava uma, com uma coxa, do joelho até o quadril e a nádega, toda tingida daquela tintura preta; e todo o resto da sua cor natural. Outra trazia ambos os joelhos com as curvas assim tintas, e também os colos dos pés; e suas vergonhas tão nuas, e com tanta inocência assim descobertas, que não havia nisso desvergonha nenhuma. Todos andam rapados até por cima das orelhas; assim mesmo de sobrancelhas e pestanas. Trazem todos as testas, de fonte a fonte, tintas de tintura preta, que parece uma fita preta da largura de dois dedos. Mostraram-lhes um papagaio pardo que o Capitão traz consigo; tomaram-no logo na mão e acenaram para a terra, como se os houvesse ali. Mostraram-lhes um carneiro; não fizeram caso dele. Mostraram-lhes uma galinha; quase tiveram medo dela, e não lhe queriam pôr a mão. Depois lhe pegaram, mas como espantados. Deram-lhes ali de comer: pão e peixe cozido, confeitos, fartéis, mel, figos passados. Não quiseram comer daquilo quase nada; e se provavam alguma coisa, logo a lançavam fora [...] ^{14:141}.

Entende-se que existia no período do Brasil Colônia a sabedoria popular, aquela que os índios possuíam acerca de assuntos relacionados a sua própria experiência e interpretação de suas vidas, que perpassavam pelo sagrado e pelas crenças naturalistas.

O ancorar das naus portuguesas no litoral brasileiro transformariam demasiadamente a vida dos europeus e dos povos indígenas, iniciando um processo de mutação sociocultural que modificaria os rumos da história desses povos e trariam impactos extraordinários para os rumos da medicina no Brasil, marcando um processo de cisão irreversível.

Contudo, as interferências e as consequências, eram desconhecidas, pelo fato dos índios brasileiros da época, jamais terem tido relação de proximidades com outros povos e desconhecerem os desígnios do homem branco.

Ao aportarem nas terras do “novo mundo” os portugueses acreditavam que iriam enfrentar grupos selvagens e agressivos, refratários à aproximação e que teriam que arrostá-los. Porém, se depararam com nativos receptivos, amigáveis e que

andavam todos desnudos, exibindo seus corpos fortes, avermelhados, pardos, de olhar acastanhados e maxilares proeminentes, desprovidos dos pudores do homem branco¹³.

[...] Eram pardos, todos nus, sem coisa alguma que lhes cobrisse suas vergonhas. Nas mãos traziam arcos com suas setas. Vinham todos rijos sobre o batel; e Nicolau Coelho lhes fez sinal que pousassem os arcos. E eles os pousaram [...] ^{14:131}.

[...] A feição deles é serem pardos, maneira de avermelhados, de bons rostos e bons narizes, bem-feitos. Andam nus, sem nenhuma cobertura. Nem estimam de cobrir ou de mostrar suas vergonhas; e nisso têm tanta inocência como em mostrar o rosto [...] ^{14:135}.

[...] Também andavam, entre eles, quatro ou cinco mulheres moças, nuas como eles, que não pareciam mal. Entre elas andava uma com uma coxa, do joelho até o quadril, e a nádega, toda tinta daquela tintura preta; e o resto, tudo da sua própria cor. Outra trazia ambos os joelhos, com as curvas assim tintas, e também os colos dos pés; e suas vergonhas tão nuas e com tanta inocência descobertas, que nisso não havia nenhuma vergonha [...] ^{14:141}.

O documento enviado a Don Manuel registra o primeiro nome de nossa terra e comprova que não se tratava das Índias como Colombo pensara, mas, a América do Sul, atribuindo-lhe o nome de “Ilha de Vera Cruz”.

Os europeus, maravilhados com a disparidade de culturas entre os homens brancos e os nativos, observado no exórdio do documento escrito por Pero Vaz de Caminha, iniciaram um processo de introdução da cultura europeia aos índios¹⁵.

Esse momento da história marca o início de diversas mudanças que impactam a vida dos nativos e a construção da história do Brasil, com destaque para as guerras entre etnias, exploração dos índios e as epidemias que assolaram a nova terra¹⁵.

A partir destas mudanças, avaliando de forma não parcimoniosa e sob diversos ângulos, desvinculados de inclinações conectadas ao mundo contemporâneo, a historiografia da ciência médica no Brasil, passa a analisar etiologias e implicações e a vivenciar os efeitos das doenças no rumo das populações.

Esta análise crítica denota a forma pela qual as moléstias podem mudar os rumos da história, visto que seus efeitos são drásticos para a continuidade da vida de uma população e os caminhos possíveis de serem trilhados por estas.

A partir desse momento, a colonização do novo mundo e o choque cultural além-mar, o encontro de dois povos distintos iniciou uma grande jornada imunológica, não apenas do ponto de vista biológico, mas também como forma de identificação de

novos métodos de diagnóstico, tratamento e prevenção a infecções que seriam descobertas no futuro próximo.

No que tange às epidemias e moléstias, William McNeill¹⁶, em sua obra *Plagues and Peoples*, oferece uma interpretação radicalmente nova do terrível ímpeto das doenças infecciosas nas civilizações, em especial nas Américas corroborando com a lógica supracitada.

Apesar dos portugueses constituírem-se em uma população basicamente europeia, carregavam sete séculos de convivência com mouros e judeus que deixaram um enorme espólio a este povo. Ao chegarem ao Brasil aproximaram dos nativos aqui existentes séculos de integração genética e cultural com outros povos.

A influência desempenhada pelos distintos costumes que aqui se miscigenaram favoreceu ao desenvolvimento de novas doenças e o surgimento de uma medicina única. Sendo assim, o objeto de estudo definido na presente tese foi **a influência do encontro entre portugueses e indígenas no período colonial no desenvolvimento de práticas de cuidado no Brasil.**

Desde o princípio da colonização portuguesa, o Brasil era considerado como uma terra de diversas riquezas, seus habitantes eram considerados imunes de todas e quaisquer enfermidades. No entanto, as primeiras imagens do Brasil foram alteradas em um curto espaço de tempo, uma vez que após a chegada dos Europeus muitos conflitos com os indígenas se fizeram presentes, além das doenças frequentes que se tornaram um dos principais obstáculos para os colonizados¹⁷.

Neste período, sentimentos de medo e angústia diante do desconhecido permeavam entre os nativos, inclusive as ações de cuidado e tratamento trazidos pelos médicos Europeus diversas vezes foram rejeitados¹⁶. De acordo com Filho^{18:6},

Os poucos médicos e cirurgiões que se instalaram no Brasil encontraram todo tipo de dificuldades para exercer a profissão. Além do imenso território e da pobreza da maior parte dos habitantes, que não podiam pagar uma consulta, o povo tinha medo de submeter aos tratamentos. Baseados em purgantes e sangrias. Em vez de recorrer aos médicos formados na Europa, a população colonial rica ou pobre, preferia utilizar os remédios recomendados pelos curandeiros negros ou indígenas.

Diante do exposto, apresenta-se como afirmação de tese: **As práticas de cuidado atuais desenvolvidas no Brasil sofreram influência do encontro entre portugueses e indígenas no período quinhentista.**

No período colonial, diversos são os relatos sobre os sofrimentos acometidos pelas populações indígenas através de guerras de conquista, extermínio e escravização, além do contágio de doenças, como a varíola, o sarampo e a tuberculose, que dizimavam grupos inteiros rapidamente, sofrimento testemunhado por jesuítas como José de Anchieta e Manoel da Nóbrega. Os grandes desastres causados pelas doenças podem ser exemplificados com a epidemia de varíola que entre 1562-1565 que, em poucos meses, matou mais de 30.000 índios na Bahia¹⁹.

Abaixo o relato do padre José de Anchieta^{20:356} sobre o ocorrido:

No mesmo ano de 1562, por justos juízos de Deus, sobreveio uma grande doença aos índios e escravos dos portugueses, e com isto grande fome, em que morreu muita gente, e dos que ficavam vivos muitos se vendiam e se iam meter por casa dos portugueses a se fazer escravos, vendendo-se por um prato de farinha, e outros diziam, que lhes pusessem ferretes, que queriam ser escravos: foi tão grande a morte que deu neste gentio, que se dizia, que entre escravos e índios forros morreriam 30.000 no espaço de 2 ou 3 meses.

Cabe considerar a importância de se compreender a concepção indígena de saúde e doença, uma vez que esta percepção influenciará nas condutas de cuidado desenvolvidas. Assim, o estado de saúde e doença para os povos indígenas, em seu principal aspecto, é o resultado do tipo de relação individual e coletiva que se estabelece com as demais pessoas e com a natureza²¹.

A partir desta compreensão, que será aprofundada no capítulo 2, tornar-se-á viável realizar a comparação entre os diferentes modos de tratamento, prevenção e cuidado.

Partindo dos apontamentos supracitados e correlacionando com a prática atual de cuidado, observa-se que a identificação da natureza, da essência e do domínio do processo de cuidado tem sido uma busca atual e constante entre os pesquisadores. Porém, a literatura especializada destaca-se pela ausência de contribuições relacionadas à história do tratamento dispensado a esses pacientes e mais especificamente as contribuições históricas que sofreram influência com a chegada dos portugueses nas terras brasileiras e que influenciaram na construção de modelos diagnósticos e de metodologias assistenciais utilizadas nos dias atuais no Brasil.

Destaca-se que estudo poderá contribuir para compreensão da evolução do processo de cuidar no Brasil, correlacionando as práticas médicas europeias com as práticas medicinais primitivas indígenas, como elementos importantes de desenvolvimento da ciência de cuidado brasileira. Almeja-se com esse documento

viabilizar uma interpretação histórica mais próxima das práticas dos curadores e das relações destes com o conhecimento médico atual.

Definiu-se como objetivos deste estudo:

- a) **Objetivo Geral:** analisar, a luz da História, o desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde no Brasil, influenciado pelo encontro entre portugueses e indígenas no período colonial;
- b) **Objetivos Específicos:** Identificar como se estabeleceu as práticas de cuidado no Brasil, dos séculos XVI e XVII e correlacionar o desenvolvimento das práticas de cuidado no Brasil dos séculos XVI e XVII com a concepção científica estabelecida a partir do encontro entre portugueses e indígenas.

Para o alcance dos objetivos deste estudo histórico, a tese apresenta-se dividida em quatro grandes capítulos, quais sejam: 1. O desenvolvimento das práticas médicas em Portugal; 2. O Brasil colônia; 3. Artes e Ofícios de Cuidar no Brasil do século XVI e XVII; 4. O diálogo estabelecido entre as práticas portuguesas e indígenas e o desenvolvimento do cuidado em saúde no Brasil.

As informações contidas no **Capítulo I** servem como entendimento para as ascendências, conexões e encadeamentos de que trata a história da evolução da prática médica portuguesa enastrada com a ciência, as artes visuais, a filosofia, a política e outras áreas do saber. Trata-se de uma digressão reflexiva por meio da História da Medicina, do seu engendramento centrado na realidade portuguesa. Destaca-se ainda o papel desempenhado pelas epidemias no “aprendizado experimentado” da medicina e que alavancou o progresso do cuidado em saúde na Europa.

Nesse contexto, buscando uma compreensão dos avanços logrados no Brasil, a partir de sua colonização, esse capítulo avulta a maneira como se desenvolveu a ciência médica no século XVI e XVII, revelando os ensinamentos da medicina em seus primeiros tempos em Portugal.

No **Capítulo II**, exploram-se as transformações logradas pelos íncolas com a chegada dos europeus ao “novo mundo”. Destaque para as moléstias que aportaram ao Brasil, ocasionando trágicas transformações, dizimando a população nativa. Abordam-se questões, que elucidam a extermínio indígena, e que contrariam o

princípio das guerras clássicas, onde as ferramentas de batalha estão centradas nos canhões e arcabuzes. Observam-se as batalhas biológicas desconhecidas pelos silvícolas e suas repercussões, dada pela incapacidade indígena de defender-se contra microrganismos originários do além-mar. Busca-se ainda neste capítulo explorar a biodiversidade das florestas brasileiras, desconhecida pelos europeus, combinada com a influência da cultura indígena, através das terapias que utilizam a época para cura de doenças.

Com a miscigenação do povo indígena junto aos colonizadores do Brasil, inevitavelmente suas culturas, astúcias e tradições se fundiram, o que veio a proporcionar o desenvolvimento da “**ciência do cuidado**”, conceito que se propõe a discussão no capítulo 3.

No **Capítulo III**, destaca-se a fundamentação teórica do cuidado, a Antropologia do cuidar, da doença e o cuidado sob a perspectiva indígena e seus mistérios.

No **Capítulo IV**, estabelece-se o diálogo entre as práticas de cuidado portuguesas e indígenas e, a partir deste encontro, o desenvolvimento do cuidado em saúde no Brasil, permeado de influências e culturas distintas, que permeiam e influenciam condutas até a atualidade.

PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo, será apresentado o percurso metodológico adotado para a realização da presente tese.

Na construção científica sistematizada, a pesquisa nos possibilita responder e apurar questões jamais discutidas sob a ótica da ciência. Minayo et al.²², apoia essa afirmação quando nos demonstra que existem duas razões para isso: a primeira é a possibilidade de responder a questões técnicas e tecnológicas postas pelo desenvolvimento industrial; a segunda consiste no fato de os cientistas terem conseguido estabelecer esta linguagem fundamentada em conceitos, métodos e técnicas para a compreensão do mundo, das coisas e dos fenômenos, dos processos e das relações.

Ainda de acordo com a mesma autora, a pesquisa se fortalece como atividade capital da ciência nos seus questionamentos e estabelecimento de fatos. Apesar de

se constituir uma prática teórica, ela conecta o pensamento e a ação, portanto as ações de investigações devem estar relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas¹³.

A pesquisa possibilita a busca sistemática de problemas ainda não resolvidos, considerando-se várias opções para sua resolução²³. A opção para a realização da pesquisa está intimamente ligada com a definição do problema e com a metodologia a ser aplicada, sendo metodologia o caminho do pensamento e a prática a experiência exercida na abordagem da realidade, com o apoio de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática¹³.

Tomando como ponto de partida o principal objetivo deste trabalho – a saber, analisar, a luz da História, o desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde no Brasil, influenciado pelo encontro entre portugueses e indígenas no período colonial, foi fundamental encontrar uma metodologia que permitisse observar a construção das práticas cuidar portuguesa e indígena.

Nesse contexto, buscando resposta para a afirmação de tese lograda neste estudo, utilizou-se a abordagem qualitativa, exploratória, do tipo documental, para alcance dos objetivos geral e específicos.

No que diz respeito ao estudo exploratório^{24:26} é o:

[...] tempo dedicado a interrogar-nos preliminarmente sobre o objeto, os pressupostos, as teorias pertinentes, a metodologia apropriada e as questões operacionais para levar a cabo o trabalho de campo. Seu foco fundamental é a construção do projeto de investigação.

O caráter exploratório da pesquisa procurou estabelecer aproximação com o objeto de estudo - a influência do encontro entre portugueses e indígenas no período colonial no desenvolvimento de práticas de cuidado no Brasil- e contribuir para compreensão da influência desta prática no cuidado estabelecido pela população indígena e portuguesa nos séculos XVI e XVII.

“A pesquisa documental é realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos”^{25:62}; tem sido amplamente utilizada na investigação histórica, afim de descrever fatos sociais, estabelecendo suas características. Neste contexto, refere ainda que além de fontes primárias, os documentos propriamente ditos, são utilizadas as fontes secundárias, como dados elaborados e tratados, considerados confiáveis para a realização da pesquisa²⁵.

Observa-se na contemporaneidade uma tendência de confundir a pesquisa bibliográfica com a documental, uma vez que ambas utilizam documentos no seu desenvolvimento. No entanto, refere-se que:^{26:45}

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A diferença essencial entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa.

Destacam-se apresenta três vantagens na utilização da pesquisa documental, quais sejam: a natureza histórica, que permite explorar fatos do passado, uma vez que os documentos caracterizam-se como uma fonte rica e estável de dados; o custo relativamente baixo; e não requer contato com os sujeitos da pesquisa, permitindo ao pesquisador o maior controle do seu tempo e organização do processo²⁶.

No que diz respeito à pesquisa documental²⁶, essa modalidade de pesquisa é similar à pesquisa bibliográfica e que diferem nas fontes de dados que são utilizadas. A pesquisa documental utiliza exclusivamente dados de documentos (escritos ou não), e que esses documentos são fontes de informações sistematizadas.

O cenário empírico

Para o desenvolvimento desta pesquisa escolheu-se como cenário empírico bibliotecas institucionais, sebos físicos e online – livrarias onde se vendem livros e revistas usados, bases de dados virtuais- como SCIELO, BVS, portal de teses e dissertações, dentre outros.

No contexto da pesquisa histórica, esta se caracteriza por “[...] depender dos dados disponíveis. Os dados para a pesquisa histórica têm geralmente a forma de registros escritos, narrativas do passado: diários, cartas, jornais, minutas de reuniões e assim por diante”^{27:249}.

As fontes de busca utilizadas nesta tese foram classificadas em três áreas: Fonte documental, fonte material ou imagética e fonte bibliográfica.

Na fonte documental com o objetivo de analisar a historiografia das práticas médicas e sua relação com as práticas de cuidado desenvolvidas pelos indígenas,

definiu-se como período os séculos XVI e XVII. Entre as fontes consultadas, destacam-se os seguintes documentos: cartas, correspondências, decretos, leis; dados obtidos nos arquivos de Bibliotecas; livros, dentre outros. Como fonte material ou imagética, foram utilizadas imagens e fotografias, observando a relação das mesmas com o conteúdo documental. Nas fontes bibliográficas diversos autores que se dedicaram a estudar a história da medicina no país, a história da população indígena e suas práticas de cuidados medicinais foram objetos de leitura e reflexão.

Os critérios de busca e o procedimento de coleta de dados

A busca bibliográfica aconteceu no período de 2012 a 2015, em diversos ambientes físicos e virtuais. Como descritores de busca para o ambiente virtual utilizaram-se os seguintes termos: cuidado; indi\$; português\$; brasil-colônia e práticas médicas.

Após a busca, foram selecionados diversos materiais como artigos, teses, dissertações, manuais, livros, fotografias, cartas oficiais, dentre outros. Sendo, então, organizados e tabulados compondo o banco de dados ou acervo, que subsidiaram as narrativas apresentadas na presente tese.

Desta forma, seguindo o método utilizado por Pimentel²⁸, os documentos eram organizados em pastas em paralelo à coleta que era realizada. O critério estabelecido para a organização foi a fonte documental, que nomeou cada pasta, assim, na organização do material, foi necessária processar a leitura de todo material encontrado, segundo critérios da análise de conteúdo. De forma complementar, para o material físico, que não possível encontrá-lo digitalizado, como os livros, foram construídos resumos com os principais aspectos da obra. Conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 - Organização do material analisado - Rio de Janeiro - 2016

Pasta	Título	Caracterização do material
01	Artigos científicos sobre metodologia da pesquisa	Artigos identificados em periódicos na área das ciências humanas e sociais, e na área da enfermagem sobre pesquisa histórica e documental.
02	Livros sobre metodologia da pesquisa	Foram pesquisados diversos autores contemporâneos que discutem os aspectos da pesquisa qualitativa numa perspectiva documental.
03	Artigos científicos sobre práticas de cuidado desenvolvidos no período colonial	Artigos que discutem as práticas de cuidado desenvolvidas por portugueses, jesuítas e indígenas no período colonial
04	Livros sobre práticas de cuidado desenvolvidos no período colonial	Livros sobre a história da medicina no Brasil nos séculos XV e XVI
05	Teses e dissertações que discutem as práticas médicas no período colonial	Teses e dissertações que discutem as práticas médicas e as principais moléstias que acometiam o território brasileiro no período colonial
06	Artigos científicos e manuais técnicos sobre a população indígena e seus costumes	Artigos que apresentam descrições sobre o povo indígena, sua cultura e seus costumes.
07	Livros sobre a população indígena e seus costumes	Livros que tratam sobre o povo indígena, sua cultura e seus costumes.
08	Livros sobre o desenvolvimento do cuidado em saúde	Livros que discutem a evolução e o conceito de cuidado, desde a antiguidade até os dias atuais
09	Fotografias que retratam o período quinhentista	Diversas imagens e fotografias que retratam momentos fundamentais para contextualização do período histórico e das práticas desenvolvidas.
10	Livros que apresentam trechos de cartas dos jesuítas e dos primeiros colonizadores do Brasil	Cartas e relatos dos primeiros colonizadores e suas impressões, bem como dos jesuítas que são atores importantes no desenvolvimento das práticas de cuidado no Brasil-colônia.

Análise dos dados

Na análise dos documentos foram levados em consideração todos os arquivos selecionados/organizados sendo realizada análise do conteúdo dos textos identificados. A realização desta análise, por meio da identificação de temas relacionados às práticas de cuidado no período colonial, permitiu organizar a tese em quatro capítulos cujas temáticas se complementam e se desenvolvem a partir da apresentação do desenvolvimento das ações de cuidar.

O resultado de exaustiva pesquisa por meio de documentos, arquivos e bibliografia é apresentado nesta tese de modo sistemático. Cabe destacar que ao realizar a análise dos documentos foi considerado o contexto histórico aos quais se referem, uma vez que há uma tendência de lê-los a partir da visão da cultura contemporânea.

Os documentos são registros escritos que proporcionam informações com vistas a compreensão dos fatos, ou seja, permitem conhecer e se aproximar do período histórico e social das ações e reconstruir os fatos e seus antecedentes, pois se constituem em manifestações registradas de aspectos da vida social de determinado grupo²⁹.

O diálogo com a história e os documentos analisados, com base nas leituras integradas do material, permitiram o desvelar dos contextos históricos vivenciados e a influência dos períodos passados no desenvolvimento de determinadas práticas. Na presente tese, a análise foi realizada por meio de uma leitura crítica, reflexiva e descritiva dos fatos encontrados.

Neste sentido, cada documento foi objeto de análise, com a busca de possíveis relações, por meio do cruzamento de informações onde foram analisadas as práticas de cuidado realizadas no Brasil nos séculos XVI e XVII influenciadas pelos portugueses, desenvolvidas com referência ao seu tempo e às suas circunstâncias, bem como sua relação com aquelas desenvolvidas pela população indígena local.

A análise documental se caracteriza por identificar e analisar os documentos com uma finalidade específica, onde preconiza-se a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação para complementar os dados e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos. A análise documental permite extrair um reflexo objetivo da fonte original, além de permitir realizar a contextualização dos fatos em determinados momentos²⁹.

Foram analisados, também, os conteúdos dos documentos, o contexto de vida da população, as moléstias e morbidades que acometiam a população à época e as vinculações existentes entre as práticas médicas ocidentais e a indígena.

Após a análise documental, os fatos foram organizados e descritos em 3 capítulos e, por fim, articulados e apresentados no último capítulo, onde foi confirmado o pressuposto de Tese.

Considerações éticas da pesquisa

O corpus de análise da pesquisa foi composto por documentos de domínio público e de livre circulação, portanto, não requerem autorização prévia das organizações envolvidas. No entanto, no processo de organização e análise do

material foram realizadas todas as citações cabíveis relativas aos documentos, com a finalidade de garantir os direitos autorais.

CAPÍTULO 1 - O DESENVOLVIMENTO DAS PRÁTICAS MÉDICAS EM PORTUGAL

1.1 OS PRIMEIROS TEMPOS DO ENSINO DA MEDICINA EM PORTUGAL

En tiempos de epidemia, la salud de uno solo nos alienta.

Eugenio Maria de Hosto

O Condado Portucalense, núcleo inicial da nação portuguesa, reemergiu após o casamento de Teresa, filha ilegítima do rei Afonso VI de Leão e de Ximena Moniz, uma nobre castelhana filha da condessa Mumadona Moniz e de Munio Moniz de Bierzo, conde de Bierzo³⁰.

Em 1093 Teresa casou-se com Henrique de Borgonha, um nobre francês, por interferência de seu pai, por ser grato à ajuda que havia sido dispensada a ele por D. Henrique nas conquistas aos mouros. Com a morte do Conde Henrique de Borgonha em 24 de abril de 1112, seu filho D. Afonso Henriques, de todos os filhos do casal, o único que conseguira sobreviver à infância, sucedeu-lhe e foi o verdadeiro fundador da monarquia, conhecido como *o conquistador*³⁰.

O seu longo reinado foi marcado pelo sentimento que tomou D. Afonso Henriques, após ter recebido como herança as terras antes dominadas por seus pais, sentimento estes que lhe conferiu na ocasião qualidades de um grande guerreiro e a astúcia política. D. Afonso Henriques se mostrou ao longo do reinado um estrategista que sabia muito bem a hora de avançar, recuar e atacar de forma surpresa seus oponentes e adversários³⁰.

Foi um homem obstinado por um sentimento de Independência do seu País, e analítico do ponto de vista estratégico. Em 1147, conseguiu derrotar os Árabes e tomar-lhes Lisboa, sendo a conquista desta cidade o marco de nascimento da nação portuguesa³¹.

Com sua morte, em dezembro de 1185, entrega a seus descendentes uma história gloriosa e a responsabilidade de completarem e solidificarem sua obra, perpetuando-se as batalhas para o avanço da Independência, como por exemplo a conquista de Algarves³¹.

No final do século XII, no reinado de D. Sancho I, o prior do Mosteiro de Santa Cruz, com a contribuição do rei e do bispo de Coimbra, encaminhou para a Universidade de Paris um dos cónegos, D. Mendo Dias para aprender Teologia e Medicina. Ao regressar, iniciou o ensino médico, lendo aos neófitos escritos clássicos da medicina greco-romana e árabe³².

D. Mendo Dias foi o primeiro “instrutor” de medicina do País, e praticava seus ensinamentos nos mosteiros, que fora à época o berço do ensino e da prática de conhecimentos de saúde. Após o retorno de D. Mendo Dias e com o apoio de D. Sancho I, outros vários cónegos da Irmandade de Santa Cruz, foram designados para aprenderem medicina nas escolas francesas de Paris e de Montpellier³².

A época predominava em Portugal a influência islâmica e os ensinamentos clássicos da medicina, adquiridos pelos médicos árabes. Prevalciam os julgamentos pautados na observação das eliminações vesicais, na assimilação das enfermidades, na importância dos planetas, das questões sobrenaturais e na admissão do uso das substâncias farmacêuticas. Contudo, devido à inófia documental não há evidências lógicas acerca do processo de cuidado médico deste período ³¹⁻³².

A escassez de médicos qualificados, formados nas universidades estrangeiras, era uma realidade e os poucos que existiam limitavam-se a cuidar da família real e das relações hierárquicas mais elevadas da época. Existia uma dependência significativa das escolas estrangeiras para a formação de novos médicos, sendo essas escolas: Montpellier, Paris, Bolonha e Salamanca³².

Do ponto de vista social, prevaleciam os beneditinos, ordem religiosa que se baseia na observância dos preceitos destinados a regular a convivência comunitária, tornam os mosteiros verdadeiros centros de estudo, de paz e de trabalho. Do ponto de vista religioso e espiritual, Portugal é o país com maior influência da igreja e domínio de seus pensamentos.

Em 1288, a quantidade de profissionais qualificados era insignificante e insuficiente para atender as demandas da época. Desta forma, D. Dinis atendendo a apelo da clerezia, demonstrou-se partidário à criação do Estudo Geral de Lisboa. No entanto, só em 1290, no reinado de D. Dinis, sexto rei de Portugal, filho de Afonso III, é que foi assinado o primeiro estatuto da Universidade, a *Magna Charta Privilegiorum*, o que alavancou um grande impulso na cultura nacional³². Esta universidade foi transferida entre Lisboa e Coimbra diversas vezes, permanecendo definitivamente em Coimbra a partir de 1537.

Figura 1 – Fachada principal da Universidade de Coimbra - Portugal



Fonte: CONSELHO DE REITORES DAS UNIVERSIDADES PORTUGUESAS³³.

Quando o rei D. Dinis, inspirado nos modelos franceses de ensino, ao qual fora educado, criou a Universidade portuguesa, o clero já estava se afastando do exercício da medicina, e seu ofício era então realizado por médicos que estudavam no estrangeiro e retornavam a Portugal. Contudo, muitos por lá ficavam, e os que retornavam acabavam por ser os menos aptos a realização desta tarefa³⁴.

Neste período, surgiu Pedro Julião Rebelo, posteriormente conhecido como Pedro Hispano, ou Petrus Hispanus, assim alcunhado em razão de, no século XIII, Hispania designar toda a Península Ibérica e Pedro Hispano Portucalense, é uma das figuras exponenciais da Escolástica deste século³⁴.

Deixou vários livros: o mais famoso “Thesaurus Pauperum” – o Tesouro dos Pobres³⁵, a arte de curar pensada para os iletrados: era uma coletânea de receitas em versos simples para serem facilmente decoradas, e o povo se conseguir tratar a si próprio. De acordo com Gusmão^{36:212}, “o objetivo de Pedro Hispano era possibilitar aos menos favorecidos cuidarem de sua própria saúde”.

Os escritos usados eram adjudicados a Pedro Julião ou Pedro Hispano, que se tornaria o Papa João XXI. Essas obras nada mais eram do que compilações de escrituras antigas e que também eram utilizadas nas escolas francesas.

Os procedimentos práticos não eram elaborados e o derramamento de sangue era proibido em intervenções cirúrgicas. A *sangria*, flebotomia, era o procedimento mais temerário do exercício da medicina. Os demais procedimentos, com foco na cura das enfermidades, compreendiam as invocações religiosas, as orações, a utilização da água benta, de óleos e plantas cultivadas nos próprios conventos³².

Por mais que a Medicina fosse pouco desenvolvida e limitada a procedimentos ainda não muito elaborados, era uma atividade nobre e honrada. O que não nos causam estranheza por estar assentada sob o domínio dos cristãos que se descavam como grupo ativo da época.

O Estado estava a se desenvolver cada vez mais, cessaram-se as lutas e batalhas pela independência e Portugal estava politicamente organizado. Sendo assim Portugal passa a custear e facilitar o ensino superior, que passa a ficar sob responsabilidade e proteção suprema³². O rei que fomenta a educação e nacionaliza a igreja, buscando ampliar o desenvolvimento econômico do país, tinha a instituição dos caracteres modernos das nações³¹.

Porém, após o ato indispensável de criação da Universidade, D. Dinis se deparou com dois problemas, quais sejam: o fato de reter em sua pátria, quem estudasse em solo Português e a ampliação do número de médicos, para que se pudesse assistir as necessidades do país.

As obrigações financeiras com os estudos e as dificuldades geográficas encaradas, por obra do deslocamento e das estadas em terras distantes, levaram a algumas medidas limitativas por parte do poder, como, por exemplo, o imposto criado por D. Pedro I aos que fossem estudar fora do reino.

Era frequente o ensino fora da universidade, onde os diplomados instruíam e divulgavam os conhecimentos a alunos externos, o que fora proibido por D. Pedro I em 1357, devendo o ensino da medicina ser realizado nas cadeiras da universidade.

No reinado de D. João I foram reiteradas as penalidades aos diplomados que ensinassem fora da Universidade, as quais podiam ir até à expulsão. A população portuguesa via-se forçada a recorrer aos medicamentos tradicionais, aconselhados por benzedores e ministrados por médicos judeus^{32: 239}.

1.2 A CIÊNCIA MÉDICA NOS SÉCULOS XVI E XVII

A história da medicina portuguesa na Idade Média pode ser dividida em três fases. Na primeira, contou com as influências romanas e, posteriormente, os Muçulmanos assumiram essa função, principalmente nos séculos XII e XIII. Os Árabes também influenciaram a cultura portuguesa através das Letras e das Ciências. Para a Medicina portuguesa, diversas foram as inovações trazidas pelos Árabes, dentre elas podemos citar: nova concepção do conceito farmacêutico, aquisição de conhecimentos relacionados à astrologia e uroscopia - exame de urina- e a alquimia³⁷.

A partir do século XII, a Medicina medieval ganha um novo fôlego. Os hospitais passaram a definir-se como Casas de Acolhimento, lugares estes onde os doentes se dirigiam, na maioria dos casos, para morrer. No entanto, estes locais aparentavam ser também um verdadeiro estabelecimento de cuidados, com papel profilático e sanitário. Cada um dos maiores centros urbanos teria, pelo menos, uma destas instalações, geridas pelos cônegos e diaconisas da cidade³⁷.

No longo período existente entre a criação do reino português e a criação da Universidade, existem notícias de portugueses que exercem a medicina. Destaca-se que são quase todos eclesiásticos os grandes médicos portugueses neste tempo⁵. Considerando o enquadramento de Portugal a um momento de guerras e lutas, o estudo da Medicina era desenvolvido em Conventos e Mosteiros, sendo estes os únicos meios favoráveis para o seu desenvolvimento, neste período³⁷.

No reinado de D. Sancho I (entre 1185 e 1221), já eram distribuídas em Portugal as primeiras bolsas de estudos em outros países da Europa, como, por exemplo, em Paris, bem como as universidades de Salamanca, Montpellier e os hospitais do mosteiro de Guadalupe que se tornou num importante centro de aprendizagem de cirurgia. Esta ação contribuiu significativamente para o desenvolvimento da medicina no país^{5,37}.

Assim, alguns monges foram encaminhados a Paris, onde existia uma universidade desde 1170, com o objetivo de prosseguir estudos de teologia. Cabe destacar que Mendo Dias dedicou-se também ao estudo da medicina e posteriormente veio ensiná-la em Santa Cruz, reconhecido hoje como o primeiro professor português de medicina³⁸. O mosteiro de Santa Cruz foi o primeiro centro de ensino público da arte de curar em Portugal, frequentando as aulas clérigos e leigos⁵.

O século XIII apresenta-se como o marco das universidades. Entre 1200 e 1400 foram fundadas, na Europa, 52 universidades, e 29 delas foram instituídas por

papas³⁷. Destaca-se que não é unânime a data em que se considera ter sido fundada a Universidade de Coimbra.

Parece ser melhor opinião a de que ela tenha sido instituída entre 12 de Novembro de 1288 (data da súplica a Nicolau IV) e 1 de Março de 1290 (ano em que já funciona o Estudo Geral e se ampliam os seus privilégios. Data, igualmente, de 1290, de 9 de Agosto, a bula *Do statu regni portugallie*, pela qual veio sancionar a fundação³⁷.

D. Dinis, por iniciativa e solicitação insistente do clero, que se disponibilizara a arcar com as despesas inerentes, manifestou-se favorável à criação, no ano de 1288, do Estudo Geral de Lisboa. O papa Nicolau IV, por bula de 9 de Agosto de 1290 (data que consta para referência da sua fundação), confirmou-lhe o estatuto de Universidade, em cujas matérias se incluía a Medicina ^{32: 239}.

[...] a partir da fundação da universidade portuguesa pelo diploma de dom Dinis, de 1o de março de 1290, se iniciaram em Portugal os estudos médicos devidamente organizados. Desde então e até o Renascimento, não se registaram grandes alterações na metodologia do ensino médico ^{38:437}

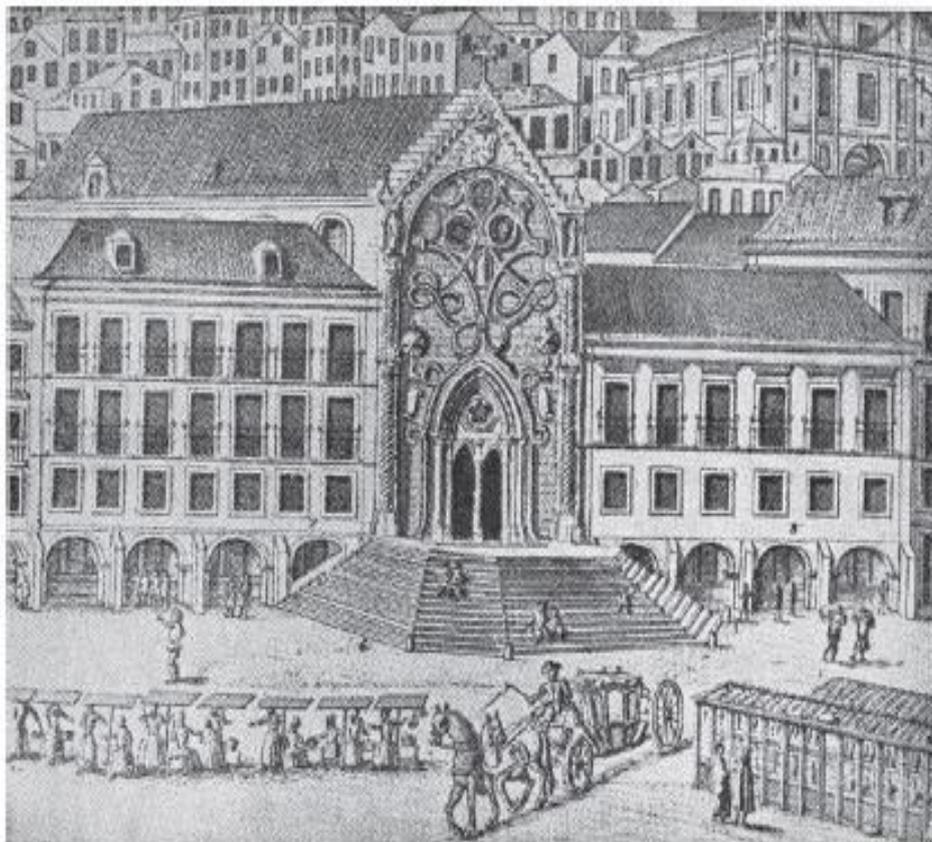
Após a sua criação, a primeira Universidade Portuguesa, mudou-se de localidade por cinco ocasiões, entre Coimbra e Lisboa, findando sua localização em Coimbra no ano de 1537, no reinado de D. João III. Vários foram os motivos para essas mudanças com destaque para os óbices pedagógicos, disciplinares, espirituais e até mesmo para atender a tranquilidade de D. Pedro em sua lua de mel com a D. Constança⁵.

As instalações da Universidade passaram a ter sede própria no ano de 1431, no reinado de D. João I (1383-1433), em domicílios de dois pavimentos situados na freguesia de S. Tomé, que haviam sido doadas por interferência do Infante D. Henrique. Há referências documentais de que nesse local decorreu, além de outras matérias, também o ensino da Medicina, numa sala em que D. Henrique mandara reproduzir uma pintura de Galeno³².

No reinado do mestre de Avis, em 1431, ocorre a promulgação do estatuto do Estudo Geral da Universidade. Estes estatutos em nada modificaram a situação do ensino médico, que se resumia em uma só cadeira, o que perdurou até 1493³⁹. Assim, com o ato 1493, já no Reinado de D. João II (1481-1495), o ensino médico passa a ser ministrado em duas cadeiras: a de Prima e a de Véspera. No entanto, esta não é considerada uma reforma propriamente dita, pois durante todo período colonial, houve somente duas grandes reformas a D. João III e a de Pombal⁵.

As bases da futura escola cirúrgica portuguesa foram lançadas por D. João II. Sua estratégia foi centralizar, em um único e grande hospital, todos os serviços médico-cirúrgicos de Lisboa e nomeou de Hospital Todos os Santos, em 1492, a conclusão de sua obra ocorreu no reinado de D. Manuel⁵.

Figura 2 – Fachada do Hospital Todos os Santos fundado em Lisboa - Portugal



Fonte: DESVENDANDO HISTÓRIA⁴⁰.

D. João II morreu no ano de 1495, sem herdeiros legítimos, tendo escolhido para sucessor o duque de Beja, seu primo direito e cunhado, que viria a ascender ao trono como Manuel I de Portugal (1495-1521).

D. Manuel I determinou que o ingresso ao curso de Medicina deveria estar atrelado ao fato de que os candidatos tivessem o título de bacharel em Artes. Entretanto, aos aspirantes que a capacidade estivesse atestada por uma lente, era solicitada a avaliação de um júri, que após a observância de três lições poderia conferir o grau de bacharel em Artes³².

Alguns anos mais tarde, cerca de 1504, D. Manuel I, numa medida pioneira e de grande visão estratégica, determinou que a cirurgia fizesse parte da matriz da formação médica na Universidade, sendo o seu ensino realizado naquele Hospital⁴¹.

O Período Medieval, no que diz respeito à medicina, se estende até o reinado de D. João II, sendo uma época complexa de preparação. Neste período observou-se a fusão da ciência oficial professada na Universidade Nacional e a arte médica convencional, eclesiástica e aquela praticada por árabes e judeus espalhados por todo reino, ao lado de curandeiros, sangreiros e outros⁵.

Em paralelo a criação do hospital de Lisboa foi fundada em 1498, junto à Sé em Lisboa, foi criada a Confraria de Nossa Senhora da Misericórdia, um outro movimento de inspiração cristã fundamentado no auxílio e tratamento aos doentes mais pobres e desprotegidos. No ano de 1516, D. Manuel I determinou que fosse oferecida uma dotação que foi decisiva para o desenvolvimento das “Misericórdias”³².

No reinado de D. João III (1521-1557), a estratégia para a atualização e aprimoramento do ensino médico passou pela formação e contratação de professores no estrangeiro. Inicialmente a medida privilegiava a Teologia, no entanto, posteriormente, ampliou-se à contratação de professores para o ensino de anatomia e da cirurgia³².

Cabe considerar o destaque dos médicos judeus, dentre os profissionais aperfeiçoados e formados no exterior. Nos séculos IX e X muitos lecionavam nas escolas árabes, sendo os médicos que mais se destacavam na França e Itália, além de entenderem com facilidade e clareza o dialeto árabe, o que permitiu com maior facilidade o acesso aos livros médicos da época tornando-os imprescindíveis à população e ao desenvolvimento da medicina⁴².

Desta forma, a partir da contratação de novos professores renomados, o número de disciplinas aumentava e havia uma articulação entre as universidades, assim, havendo nessa época na Espanha mais de trinta Universidades, em particular nos séculos XVI a XVIII, diversos médicos espanhóis vieram ensinar em Portugal, havendo também registo de médicos portugueses entre os professores da Universidade de Salamanca e outras³².

No ano de 1559, o estatuto do ensino médico da Universidade em Coimbra contempla seis disciplinas, três maiores (prima, véspera e anatomia) e três menores (em que se incluía a cirurgia). A definição do currículo do curso de medicina fundamentado na Reforma de 1612 (Reinado de D. Filipe II) destaca a distribuição

das visitas ao hospital nas três disciplinas principais, a localização do ensino de anatomia obrigatória a partir do 1º ano e a autonomização da cirurgia^{32,43}.

Estas alterações foram confirmadas por D. João IV (1640-1656) no estatuto de 1641, logo após a restauração da monarquia portuguesa, tendo vigorado até ao reinado de D. José (1750-1777). Na realidade, o ordenamento cíclico dos conteúdos a ler em cada disciplina dependia, na maioria das vezes, do arbítrio do professor, embora fosse também escolhido de um ano para o seguinte por sugestão dos alunos³².

No século XIV, na Idade Média, cabe considerar a associação entre a medicina e a Expansão Portuguesa, tendo o Infante D. Henrique como protagonista deste momento histórico dado sua importância em ambos os contextos³⁷.

No início do século XVI, a única universidade portuguesa situava-se em Coimbra. No entanto, antes da sua existência, a medicina em Portugal era ensinada no Mosteiro de Santa Cruz, uma vez que durante muitos séculos coube ao clero o ensino do saber médico³⁸. Neste período, observa-se em Portugal novas descobertas sobre a medicina hipocrática, cabe destacar que com o movimento expansionista, ocorreu a utilização terapêutica da flora por meio de outras culturas no combate a diversas doenças³².

O Renascimento caracteriza-se como o período da história responsável por grandes mudanças culturais no mundo. Portugal destacava-se nesse cenário a partir de seus nautas, seus mercadores, seus missionários e colonos que conduziram as ações para abertura de novos mundos físicos e culturais⁵.

Desta forma, observa-se uma reação hipocrática, sob a liderança de Henrique Cuellar, até então, sendo a ciência Árabe principal protagonista⁵. Em 1556, conforme discutido, o curso de medicina voltou a ser enriquecido, por contribuição de D. João III, a partir da introdução da cadeira de anatomia, assim, “A anatomia em cadáveres humanos foi o fator central para a renovação dos estudos médicos no Renascimento, uma vez que, na Antiguidade e na Idade Média, essa prática conheceu, por preconceito religioso ou outro, fortes restrições”^{38:441}.

Cabe destacar que além das universidades, outras instituições contribuíram para o desenvolvimento do ensino da medicina e formação de médicos em Portugal, uma vez que houve transferência de docentes da universidade para as unidades hospitalares³⁸.

A fundação da universidade portuguesa não foi mais do que a oficialização e a unificação, na cidade de Lisboa, dos conhecimentos superiores ministrados nos diversos mosteiros e seminários⁵.

As sucessivas reformas da universidade, para as quais foi essencial a excelência dos professores trazidos principalmente de Espanha, e com a criação do Hospital de Todos os Santos criaram-se condições favoráveis ao desenvolvimento da instrução médica em Portugal [...] ^{38:451}.

Neste período, além dos médicos com formação na Universidade Portuguesa, coexistiam desenvolvendo atividades outros profissionais - médicos e cirurgiões-com formação realizada em universidades estrangeiras, além destes, outros indivíduos com algumas noções da arte de curar, obtida na prática diária fora da Universidade³². Estes são os praticantes da Medicina popular, designados como barbeiro, charlatão, astrólogo, curandeiro e físico, entre outros³⁷.

Neste período, em contra partida ao rigor da legislação, o sistema permitia diversos excessos, concedendo igualdade de direitos aos que, sem qualquer curso, mas com igual período junto de um clínico habilitado, obtinham carta de autorização do físico-mor⁴⁴.

Desta forma, segundo a lei de 1545 de D. João III, a obrigatoriedade da prática de dois anos de clínica com um médico que exercesse em Coimbra, a qual se seguia o exame de habilitação perante o físico-mor, conduziu à completa subversão do sistema. O candidato poderia obter a aprovação do físico-mor sem que tivesse frequentado qualquer curso³².

A partir de 1608, a autorização para o exercício da Medicina, concedida pelo físico-mor aos candidatos ensinados nos hospitais, era válida somente nas povoações onde não houvesse médicos diplomados por Coimbra. Já os jesuítas dominaram o ensino em Portugal a partir de finais do século XVI, promovendo, nos seus métodos e ensinamentos, a filosofia aristotélica³⁸.

Cabe destacar que a crescente predominância dos jesuítas e do aristotelismo neoescolástico que eles professavam contribuiu para o adormecimento da universidade portuguesa, os acontecimentos políticos subsequentes concorreram decerto para piorar o cenário. Na Europa, a medicina seguia o seu caminho de progresso, enquanto em Portugal melhores dias só chegariam com a reforma da Universidade de Coimbra em 1772, pelo marquês de Pombal, que daria lugar a mudanças na Faculdade de Medicina, com a construção de um teatro anatómico no Colégio de Jesus, de um hospital também aí situado e para onde passaram os serviços do Hospital da Conceição, e um dispensário farmacêutico, além da modernização dos

estudos preparatórios em matemática e filosofia natural, com a instalação de duas novas faculdades^{38:451}.

O estabelecimento da Inquisição em Portugal prejudicou o desenvolvimento da medicina no país, no século XVI. Na Espanha destaca-se que nesse período, um terço dos livros científicos censurados é de medicina e o mesmo se aplica à realidade portuguesa. Os médicos judeus foram os mais afetados. Por um lado, eram médicos, encontrando-se essa profissão sob rígida vigilância. Por outro lado, eram judeus, ou cristãos-novos e, portanto, eram também alvos de rejeição, ou pelo menos de séria desconfiança, por motivos de foro religioso³⁸.

A expulsão dos médicos judeus em 1496, o estabelecimento da Inquisição, em 1536, a proliferação de graduados pelas universidades espanholas com muito menos tempo de formação, e a multiplicação dos autorizados a exercerem medicina sem habilitações foram fatores que mais contribuíram para o declínio do ensino da medicina, em finais do século XV³².

Neste sentido, Portugal não esteve atento ao rumor das grandes descobertas científicas, embora se destaquem portugueses que, exilados por questões políticas e religiosas, contribuíram para as discretas evoluções científicas à época⁴⁵.

Alguns destes portugueses que se destacaram e se anteciparam ao movimento científico estrangeiro, contribuíram com o desenvolvimento da medicina portuguesa no século XVI. Dentre outros, é possível citar: Garcia de Orta, Amato Lusitano, Rodrigo de Castro, António Luís e Henrique Jorge Henriques⁴⁶.

Os estudos de Garcia de Orta que influenciaram a farmacopeia utilizada pela Medicina europeia. Amato Lusitano e Rodrigo de Castro forneceram prestígio à medicina portuguesa. Ambos forneceram consistência ao projeto renovador da Universidade Portuguesa, planeado por D. João III. Assim, destaca-se que Amato Lusitano, médico Judeu, foi um anatomista e clínico, com ações e características relevantes na cirurgia e na botânica, a partir de aplicações terapêuticas. Rodrigo de Castro foi o fundador da ginecologia portuguesa³².

António Luís e o castelhano Henrique de Cuellar, professores notáveis da Universidade, foram responsáveis diretos pela recuperação da doutrina médica original da escola hipocrática. Ambos forneceram sustentação ao projeto renovador da Universidade Portuguesa, citado anteriormente. António Luís, pelo seu conhecimento aprimorado das línguas grega e latina, estudou os originais de documentos referentes à escola hipocrática. Já Henrique Jorge Henriques destacou-

se nos primórdios da higiene alimentar, tomando como base os ensinamentos de Avicena, na deontologia e na ética médica³².

No entanto, a evolução do conhecimento científico no século XVII foi muito discreta, e se até essa data as diferenças com o resto da Europa não eram perceptíveis, a partir do século XVII torna-se notório o atraso do País, na ciência em geral e na Medicina em particular³².

Neste período, Portugal concentra as suas energias para lutar pela sua independência. A ciência não se desenvolve em sua plenitude e nem é definida como prioridade, porque o país tronou-se um quartel onde se forja a revolução libertadora, que acontecerá em 1640; e após essa revolução, vem um longo período de reconstrução econômica para, já no século seguinte, se operar a grande reforma que dará, à medicina, rumos novos e seguros⁴⁵.

Estudando, pois, com atenção, o desenvolvimento da medicina nesse período, e analisando as obras fundamentais dos grandes cientistas, podemos afirmar que, no século XVII, começa, com a orientação experimental, a idade científica para a medicina, que penetra cada vez mais no segredo da vida e subordina a si pensamento filosófico ^{45:930}.

No fim do século XV e o século XVI os grandes descobrimentos marítimos deslocaram o eixo econômico do mundo ocidental. O Mar Mediterrâneo perde a hegemonia comercial e o oceano Atlântico passa a ser o grande caminho e Portugal e Espanha dominam comercial e militarmente, a grande via marítima⁴⁵.

O intercâmbio cultural resultante da expansão portuguesa providenciou a entrada em Portugal de novos conhecimentos nas áreas da fauna, flora e mineralogia, facilitando o tratamento de doenças tropicais desconhecidas até então se traduziu no alargamento dos conhecimentos científicos, situação que se fortaleceu com o advento das descobertas pelo Mar Oceano³⁷.

A Reforma Pombalina da Universidade impulsionou o desenvolvimento científico e técnico, que repercutiu em Portugal e no Brasil. Com a instauração das Faculdades de Filosofia e de Matemática Coimbra tornou-se o destino preferencial de estudantes brasileiros. Além deste aspecto, a Faculdade de Medicina reestruturada no período pombalino contribuiu para o progresso das ciências médicas no contexto de Brasil e Portugal⁴⁵.

Nos finais do século XVIII, o processo de cura estava atrelado à tríade medicina, cirurgia e farmácia. Neste contexto, a medicina era considerada uma arte

doutrinal, já a cirurgia e a farmácia eram artes mecânicas. Esta reforma incidiu fortemente nos estudos e desenvolvimentos da área médica⁴⁷.

Neste sentido, destaca-se que na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra foram realizadas alterações importantes com vistas à formação dos médicos e, desenvolver uma certa distância, dos boticários. Foram fundados três estabelecimentos que correspondiam ao ensino prático dos três ramos fundamentais da medicina, quais sejam o Hospital Escolar; o Teatro Anatômico; o Dispensatório Farmacêutico⁴⁷⁻⁴⁸.

O Hospital Escolar era destinado a servir a principal aula de medicina, a aula prática de clínica médica. O Teatro Anatômico era fundamental no ensino e aprendizagem das dissecações anatômicas, servindo de base para a prática da cirurgia. O Dispensatório Farmacêutico, a botica do Hospital Escolar; destinava-se a fornecer medicamentos aos doentes internos e externos ao hospital e, visava ainda, o ensino da farmácia aos alunos de medicina⁴⁷.

A instituição de um plano de ensino das ciências modelado pelos padrões europeus mais avançados foi uma das grandes prioridades do Reitor Reformador, D. Francisco Lemos de Faria Pereira Coutinho, uma vez que o ensino era caracterizado como lamentável e repreensível, colocando Portugal descontextualizado do desenvolvimento científico europeu do século XVIII⁴⁸.

Desta forma, a partir das reformulações, o ensino médico instituído em era caracterizado por um conjunto de estudos preparatórios, relacionados à filosofia, para posteriormente ingressar no 1º ano do curso médico. No curso de medicina, de fato, os alunos participavam de disciplinas teóricas e práticas. Distribuídas da seguinte forma: 1º ano – Disciplina Médica e Arte Farmacêutica; 2º ano - Anatomia, Operações Cirúrgicas e Arte Obstetrícia; 3º ano - Instituições Médico-Cirúrgicas; 4º ano - Aforismos; 5º ano - Prática de Cirurgia e Medicina; 6º ano (para se atingirem graus superiores) - Prática de Cirurgia e Medicina⁴⁷.

Com relação à institucionalização do Hospital Escolar os Estatutos de 1772, dizem o seguinte:

Sendo a Prática da Medicina, e Cirurgia a parte mais importante, e necessária das Lições desta Faculdade, para a qual, como fim da mesma Medicina, se ordenam todos os conhecimentos da Theorica: E sendo por essa razão necessário que tenham os Estudantes rhum exercicio vivo, efficaz, e continuo da applicação das Doutrinas geraes aos casos particulares, vistos, conhecidos, e observados ás cabeceiras dos mesmos enfermos, até

alcançarem o Habito pessoal, que lhes he necessario para se fazerem, e constituirem Medicas uteis á saude dos Meus Vassalos, e sem o qual não podem ser Formados, e Approvados, na fórma destes Estatutos: He necessario, que hum Hospital bem regido, e adminiustrado se considere, como Estabelecimento essencial da Faculdade [...] (Estatutos da Universidade de Coimbra)^{48:32}.

Diversos atores brasileiros se destacaram no desenvolvimento das ciências da saúde no Reino e no Brasil, na Faculdade de Medicina, o Marquês de Pombal contou com o apoio de José Correia Picanço, brasileiro, nascido na cidade de Recife em 1745. Era formado em Medicina pela Faculdade de Montpellier, foi nomeado opositor na Faculdade de Medicina em 1772, onde foi jubilado em 1790 como lente de Anatomia, sendo considerado o grande reformador do seu ensino em Portugal. Retornou ao Brasil com D. João VI em 1807, onde criou o primeiro curso de medicina do Brasil, na cidade de Salvador, a Escola de Cirurgia da Bahia, segundo um plano inspirado nos preceitos definidos nos estatutos pombalinos da Universidade de Coimbra⁴⁸.

No final do século XVIII e no início do século XIX a Universidade de Coimbra foi reconhecida institucionalmente como o grande centro português produtor e divulgador de saber científico e de formação profissional. Especificamente sobre a Medicina e a Farmácia, somente com a fundação das Escolas Médico-Cirúrgicas e das Escolas de Farmácia de Lisboa e do Porto, em 1836, a Universidade de Coimbra perdeu a exclusividade no departamento das ciências e das profissões sanitárias⁴⁷.

1.3 A GRANDE ESCOLA PRÁTICA DA MEDICINA: AS EPIDEMIAS

As epidemias desempenharam um papel de suma importância no aprendizado prático da medicina medieval e alavancou o progresso do cuidado em saúde na Europa.

Figura 3 - As epidemias que devastaram a Europa na Idade Média



Quadro de Pieter Bruegel (1562) intitulado “O triunfo da morte”, inspirado na peste negra do século XVI. Museu do Prado

Fonte: CONSTRUINDO HISTÓRIA HOJE⁴⁹.

Com a invasão dos árabes e dos bárbaros, as epidemias vieram a dizimar a população na Europa, o que levou o estado sanitário a um estado lamentável. A miséria e falta de alimentos, arregimentadas de uma agricultura que não produzia em quantidade satisfatória, eram fatores que vinham destruindo a população e trazendo desgraças para o continente⁵.

Neste momento, há uma incapacidade no que diz respeito à cura das pessoas, alijando a responsabilidade dos acontecimentos, doenças, nos judeus e mouros. Os judeus e leprosos eram apontados pela disseminação da contaminação para a população e aos mouros era imputada a culpa por conhecerem elementos diabólicos que possuíam como foco a destruição os cristãos^{5,50}.

Em virtude das condições sanitárias das cidades e do desconhecimento da etiologia das doenças infecciosas, grandes epidemias assolaram as nações no passado, dizimando suas populações, limitando o crescimento demográfico, e mudando, muitas vezes, o curso da história [...]. As maiores epidemias registradas pelos historiadores foram a peste de Atenas, a peste de Siracusa, a peste Antonina, a peste do século III, a peste Justiniana e a Peste Negra do século XIV. No interregno entre as epidemias citadas, outras de menor vulto foram registradas ^{50:74}.

As expedições, Cruzadas, do ponto de vista da saúde, foi uma verdadeira batalha travada entre os europeus e as moléstias contraídas por onde passavam. Ao retornarem da guerra, travada no Oriente, esses homens acometidos pelo escorbuto, consumidos pela lepra e esgotados por toda sorte de parasitoses se encarregaram de espalhar doenças por toda a Europa⁵¹.

Essas epidemias trouxeram desenvolvimento para continente Europeu no que diz respeito à busca pela cura. Neste contexto, houve uma modificação do pensamento “clínico” e o desenvolvimento de uma “visão semiológica”, pautada na compreensão dos sinais e sintomas e na busca preventiva dos males observados e que acometiam a população⁵².

No século XII, inicia-se um intenso movimento literário, filosófico, artístico e científico que fora intensificado no século seguinte, estimulado pela vida econômica da época e que atinge seu auge no século XVI, onde de fato surgem os primeiros compêndios médicos, estudando-se as doenças de uma forma inovadora para a época. Neste momento da história médica medieval, se lançaram, pois, ideias claras de sanitismo, lançando-se mão do pensamento médico higiênico. Com a expansão do comércio, a conquista e as constantes expedições aos novos territórios, Portugal ficou exposto novamente a importação de novas moléstias, vindas da Índia, da África e do Brasil⁵.

A Universidade de Paris apresenta o *Compendium de Epidemia Collegium Facultatis Medicorum Parisiis Ordinatum*, que mostrava conclusões acerca de medidas que deveriam ser estabelecidas em caso de epidemias⁵³.

As medidas profiláticas recomendadas pela Faculdade de Paris, em 1348, compreendiam a fumigação dos domicílios com incenso de flores de camomila bem como as praças e lugares públicos. As pessoas deveriam abster-se de comer galinha ou carnes gordas e azeite. Não deveriam dormir após a aurora, os banhos eram considerados perigosos e as relações sexuais, fatais. O quarto dos doentes deveria ser lavado com vinagre e água de rosas^{53:10}.

A peste negra foi a maior e a mais trágica epidemia que a história registra, com um número expressivo de mortes na Europa. Seu nome foi caracterizado a partir das manchas escuras que apareciam na pele dos enfermos. Como em outras epidemias, teve início na Ásia Central, espalhando-se por via terrestre e marítima em todas as direções⁴⁷. Esta epidemia provocou grande impacto na população dos países

européus. As citações a seguir apresentam as concepções que a envolviam e as práticas preventivas e terapêuticas da época^{53:10}.

Devido a uma infecção do hálito que se espalhou em torno deles enquanto falavam um infectava o outro. [...] e não só faziam morrer quem quer que falasse com eles como também quem quer que comprasse, tocasse ou tirasse alguma coisa que lhes pertencesse. (Michele Piazza, monge franciscano)

Como autodefesa não havia nada melhor que fugir da região antes que ficasse infectada e tomar purgativos de pípulas de aloés, diminuir o sangue pela flebotomia e purificar o ar pelo fogo, reconfortar o coração com o sene e coisas perfumadas e abrandar os humores com terra da Armênia e resistir à putrefação por meio de coisas ácidas. (Guy de Chauliac, médico)

A grande mortandade teve início em Avignon em janeiro de 1348. A epidemia se apresentou de duas maneiras. Nos primeiros dois meses manifestava-se com - 80 - febre e expectoração sanguinolenta e os doentes morriam em três dias; decorrido esse tempo manifestou-se com febre contínua e inchação nas axilas e nas virilhas e os doentes morriam em cinco dias. Era tão contagiosa que se propagava rapidamente de uma pessoa a outra; o pai não ia ver seu filho nem o filho a seu pai; a caridade desaparecera por completo (Guy de Chauliac, médico)

No Brasil, a peste entrou pelo Porto de Santos em 1899 e propagou-se a outras cidades litorâneas. A partir de 1906 foi banida dos centros urbanos, permanecendo em pequenos focos endêmicos residuais na zona rural. No continente americano, incluindo o Brasil, as pestes mais importantes foram as de varíola e de febre amarela, trazidas pelos colonizadores, que dizimaram as populações indígenas. Além da pandemia de gripe espanhola, que se originou na Europa em 1918, após a Primeira Guerra Mundial, com cerca de 20 milhões de vítimas⁵⁰.

A Medicina em Portugal, nos séculos XII e XIII, era exercida pelos eclesiásticos. Com o início da colonização do Brasil, os jesuítas mantiveram esta tradição de aliar a assistência espiritual e corporal ao trabalho de catequese. Além de receitar, sangrar, operar e partejar, eles criaram enfermarias e farmácias. Como as drogas de origem europeia e asiática eram raras e tinham um preço exorbitante, eles se valeram dos recursos medicinais dos indígenas⁵⁴.

CAPÍTULO 2 - O BRASIL COLÔNIA

A exigência do progresso do saber e das mutações técnicas substituiu as convicções religiosas na maneira de ser das sociedades.
Salomon (1999)

2.1 A EXPANSÃO MARÍTIMA E A CHEGADA DOS PORTUGUESES AO BRASIL

A descoberta do Brasil em abril de 1500 constitui um dos episódios de expansão marítima portuguesa, iniciada em princípios do século XV. Diversas foram as razões que justificam o pioneirismo de Portugal na expansão marítima, no começo do século XV, quais sejam⁵⁵:

- a) Portugal se afirmava no conjunto da Europa como um país autônomo;
- b) Os portugueses já tinham experiência acumulada no comércio de longa distância ao longo dos séculos;
- c) Portugal enfrentou a crise no ocidente da Europa em condições políticas melhores que a de outros reinos;
- d) Por fim, no início do século XV, a expansão correspondia aos interesses diversos das classes, dos grupos sociais e instituições que compunham a sociedade portuguesa.

A dupla formada pelo ouro e pelas especiarias eram os bens mais buscados pela expansão marítima. As especiarias eram associadas à ideia de produto raro, utilizado em pequenas quantidades. Este termo também adquiriu o sentido de substância muito ativa, muito cara, utilizada para vários fins, como condimentos (tempero de comida- a noz-moscada, o gengibre, a canela, o cravo e, naqueles tempos, sobretudo a pimenta), remédio ou perfumaria. “Ouro e especiarias foram assim bens sempre muito procurados nos séculos XV e XVI, mas havia outros, como peixe, a madeira, os corantes, as drogas medicinais [...]”^{55:28}.

Em 9 de março de 1500, partia do Rio Tejo em Lisboa uma frota de treze navios, a mais aparatosa que até então tinha deixado o reino, aparentemente com destino às Índias, sob o comando de um fidalgo de pouco mais de trinta anos, Pedro Álvares Cabral. A frota, após passar as Ilhas de Cabo Verde, tomou rumo oeste, afastando-se da costa africana até avistar o que seria terra

brasileira a 21 de abril. Nessa data, houve apenas uma breve descida à terra e só no dia seguinte a frota ancoraria no litoral da Bahia, em Porto Seguro^{55:30}.

Figura 4 – Representação de óleo sobre a tela - Chegada dos Portugueses ao Brasil



Fonte: HISTÓRIA 100%⁵⁶.

No cerne da História do Brasil Colônia, destacamos a chegada dos portugueses e as suas intenções, no que diz respeito à civilização, exploração, domínio e conquista da terra brasileira. Nesse contexto, havemos de destacar que o Brasil não foi descoberto pelos portugueses, pois afirmando isto, estaremos negligenciando a história dos indígenas que viviam há muito tempo neste território antes mesmo da chegada dos europeus.

Para os que chegavam, o mundo em que entravam era a arena dos seus ganhos, em ouro e glórias. Para os índios que ali estavam, nus nas praias, o mundo era um luxo de se viver. Este foi o encontro fatal que ali se dera. Ao longo das praias brasileiras de 1500, se defrontaram, pasmos de se verem uns aos outros tal qual eram, a selvageria e a civilização. Suas concepções, não só diferentes mais opostas, do mundo, da vida, da morte, do amor, se chocaram cruamente. Os navegantes, barbudos, hisutos, fedentos, escalavrados de feridas de escorbuto, olhavam o que precisava ser a inocência e a beleza encarnadas. Os índios, repletos de vigor e beleza, viam, ainda mais pasmos, aqueles seres que saíam do mar^{57:3}.

A Coroa Portuguesa, quando das navegações marítimas portuguesas no século XV, tinha como principal objetivo a expansão comercial e a busca de produtos para comercializar na Europa (obtenção do lucro), mas não podemos negligenciar outros motivos não menos importantes como a expansão do cristianismo (Catolicismo), o caráter aventureiro das navegações, a tentativa de superar os perigos do mar (perigos reais e imaginários) e a expansão territorial portuguesa (territórios além-mar).

No ano de 1500, os primeiros portugueses chegaram ao chamado “Novo Mundo” (América), e com eles o navegador Pedro Álvares Cabral desembarcou no litoral do novo território. Logo, os primeiros europeus tomaram posse das terras e tiveram os primeiros contatos com os indígenas denominados pelos portugueses de “selvagens”. Alguns historiadores chamaram o primeiro contato entre portugueses e indígenas de “encontro de culturas”, mas percebemos com o início do processo de colonização portuguesa um “desencontro de culturas”, começando então o extermínio dos indígenas tanto por meio dos conflitos entre os portugueses, quanto pelas doenças trazidas pelos europeus, até então desconhecidas no Brasil.

Entre 1500 a 1530, os portugueses efetivaram poucos empreendimentos no novo território conquistado, algumas expedições chegaram, como a de 1501, chefiada por Gaspar de Lemos e a expedição de Gonçalo Coelho de 1503, as principais realizações dessas expedições foram: nomear algumas localidades no litoral, confirmar a existência do pau-brasil e construir algumas feitorias.

Em 1516, Dom Manuel I, rei de Portugal, enviou navios ao novo território para efetivar o povoamento e a exploração, instalaram-se em Porto Seguro, mas rapidamente foram expulsos pelos indígenas. Até o ano de 1530, a ocupação portuguesa ainda era bastante tímida, somente no ano de 1531, o monarca português D. João III enviou Martin Afonso de Souza ao Brasil nomeado capitão-mor da esquadra e das terras coloniais, visando efetivar a exploração mineral e vegetal da região e a distribuição das sesmarias.

No contexto da Medicina, o primeiro médico a aportar nas terras brasileiras foi João Menelau, cuja titulação incluía os graus de médico, cirurgião, astrônomo e astrólogo do Rei. Foi incluído na esquadra de Cabral por seus conhecimentos e descreveu nos céus o nosso Cruzeiro do Sul e viabilizou, através de seus mapas, o retorno dos portugueses aos novos territórios descobertos. Cabe considerar que um vácuo na vinda de médicos ocorreu após a descoberta, e o próximo somente viria com

o primeiro governador geral, Tomé de Souza. Jorge Valadares permaneceu em seu cargo durante os quatro anos de seu contrato firmado com o governo português⁵⁸.

Destaca-se que Tomé de Souza, o primeiro Governador-geral do Brasil, trouxe consigo em 1549 os primeiros jesuítas, que eram liderados por Manuel da Nóbrega, estrategista da catequese. A organização dos primeiros aldeamentos para a conversão dos indígenas e a fundação, em 1553, do primeiro estabelecimento de ensino, o Colégio da Bahia, foi realizada sob sua orientação⁵⁹.

No entanto, a chegada de inúmeras moléstias trazidas pelos portugueses foi observada na nova colônia americana. Em contrapartida, os clérigos da Companhia de Jesus enfrentaram árduos desafios e condições de subsistência no desbravamento do Brasil, dentre eles podemos citar: animais peçonhentos, como escorpiões, aranhas e cobras, ataques de grupos de nativos agressivos e surtos epidêmicos de doenças como malária, sarampo, febre-amarela, disenteria e varíola⁵⁹.

Pode-se afirmar que alguns deles vinham já de Portugal formados nas artes médicas, mas a maioria acabou por atuar informalmente como físicos, sangradores e até cirurgiões, aprendendo, na prática, o ofício na colônia, como José de Anchieta, João Gonçalves ou Gregório Serrão. A escassez de médicos formados por escolas de medicina na Europa, pelo menos até o século XVIII, fez dos jesuítas os responsáveis quase que exclusivos pela assistência médica no primeiro século de colonização do Brasil⁵⁹.

Poucos profissionais queriam vir ao Brasil, exceto aqueles que buscavam aventuras ou estavam fugindo da inquisição – a medicina não era valorizada em Portugal e as famílias mais tradicionais preferiam carreiras eclesiásticas e as ligadas ao direito⁵⁹.

Os jesuítas observaram cuidadosamente a fauna e a flora brasileira, o que permitiu identificar diversas espécies e cultivar aquelas com efeitos curativos. Estudaram o modo de ação para os diversos males que acometeram a população colonial, e elaboraram fórmulas e receitas que foram levadas para a Europa junto com o conhecimento das virtudes terapêuticas de raízes, caules, folhas, cascas, sumos, polens, minerais e óleos⁵⁹.

Todos os aldeamentos indígenas na colônia brasileira foram alvo da ação jesuítica na área da medicina e da saúde. (...). Os olhos dos jesuítas estavam diante de uma sociedade extremamente diferente, cujos costumes, crenças e ritos por vezes os assombraram, exigindo persistência e determinação ao

lidar com o canibalismo, com a poligamia, com o incesto, com suas crenças e com a organização para eles caótica e do modo de vida do indígena^{59:4}.

O pajé era alvo importante do projeto missionário, uma vez que era considerado o detentor do saber nas comunidades indígenas. Acreditava-se que era preciso desmascará-lo e apresentá-lo como instrumento demoníaco, além de convertê-lo, abrindo espaço para o verdadeiro e único saber, que era do Deus cristão⁶⁰.

Suas práticas curativas foram duramente condenadas pelo próprio Anchieta, conforme relato abaixo:

Já não ousas agora servir-te de teus artifícios, perverso feiticeiro, entre povos que seguem a doutrina de Cristo: já não podes com mãos mentirosas esfregar membros doentes, nem com lábios imundos chupar as partes do corpo que os frios terríveis enregelaram, nem as víceras que ardem de febre, nem as lentas podragas nem os baços inchados. Já não enganarás com tuas artes os pobres enfermos que muito creram, coitados! Nas mentiras do Inferno^{60:94}

2.2 O ÍNDIO

[...] eles vivem por muito tempo, não têm enfermidade nem pestilência ou corrupção do ar, morrem de morte natural ou sufocação. Em conclusão, os médicos teriam moradia ruim em tal lugar [...].

Américo Vespúcio



Estimativas apontam que no atual território brasileiro habitavam pelo menos 5 milhões de pessoas quando chegou Pedro Álvares Cabral, no ano de 1500. Se hoje, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) identifica-se um quantitativo reduzido a 700.000, a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) trabalham com dados mais inferiores, em torno de

300.000, diante destes números é possível inferir que muitas coisas contribuíram para a redução significativa desta população²¹.

No período do descobrimento do Brasil, quando os portugueses chegaram ao litoral, perceberam que a região era ocupada pelos povos nativos. A estes nativos deram o nome de *índios*, pois acreditavam ter chegado às Índias. Quando chegaram, encontraram uma população ameríndia bastante homogênea em termos culturais e linguísticos, distribuídos ao longo da costa⁵⁵.

O século XVI é rico em descrições dos índios brasileiros, de seus costumes extravagantes e de suas instituições. Os povos europeus mantinham a atenção voltada para a América recém-descoberta e mal conhecida⁶¹. É consenso entre diversos autores que os índios eram menos sujeitos a moléstias que os europeus. Santos Filho⁶² afirma que “os indígenas eram naturalmente sadios e suportavam sem prejuízo para a saúde as intempéries e os inconvenientes da vida nas selvas”⁶³.

O primeiro contato dos europeus com os índios foi acompanhado de perplexidade e encantamento ativados, principalmente, pelas diferenças que existiam entre as duas culturas. Dentre as representações da população indígena destaca-se à época: “parte da natureza tropical”, “força braçal”, “possíveis receptores da obra colonizadora de civilização”⁶⁴.

Quem lê os primeiros relatos sobre o Novo Mundo – diários e cartas de Colombo, Vespúcio, Caminha, Las Casas- observa que a descrição dos nativos da terra obedece a um padrão sempre igual: são seres belos, fortes, livres, “sem fé, sem rei e sem lei” [...]. A imagem dos “índios” não é casual: os primeiros navegantes estão convencidos de que aportaram no Paraíso Terrestre e descrevem as criaturas belas e inocentes que viveriam nas cercanias paradisíacas^{65:12}.

Figura 5 - Reprodução de um trecho da carta de Pêro Vaz de Caminha ao rei Dom Manuel dando notícia das terras então descobertas



Nota: "A Certidão de Nascimento do Brasil"/MP-USP, 1975.
Fonte: BETTENCOURT⁶⁶.

A primeira descrição da terra e de seus habitantes, realizada pelo escrivão Pero Vaz de Caminha em 1500, enfocou os índios de forma positiva, “comparando-os, velada ou abertamente, aos habitantes do Jardim do Éden”^{66:41}. Em alguns trechos da famosa carta remetida ao Rei D. Manuel se referindo ao descobrimento do Brasil, Caminha assim sintetizou suas impressões sobre os índios:

Parece-me gente de tal inocência que, se homem os entendesse e eles a nós, seriam logo cristãos [...] se os degredados, que aqui hão de ficar aprenderem bem a sua fala e os entenderem, não duvido que eles, segundo a santa intenção de Vossa Alteza, se hão de fazer cristãos e crer em nossa santa fé, à qual preza a Nosso Senhor que os traga, porque, certo, esta gente é boa e de boa simplicidade. E imprimir-se-á ligeiramente neles qualquer cunho, que lhes quizerem dar. E pois Nosso Senhor, que lhes deu bons corpos e bons rostos, como a bons homens, por aqui nos trouxe, creio que não foi sem causa^{14:54}.

O índio caracterizado como o senhor da terra no momento da chegada dos europeus, sempre manteve, e mantém até os dias atuais, uma convivência harmônica e íntima com a natureza, possui reconhecimento e respeito a terra, as matas, os rios e também a fauna como fontes de vida. O índio soube estabelecer com estas entidades um relacionamento respeitoso e inteligente, utilizando-as na medida estrita de suas necessidades, sem agredir ou destruir⁶⁷.

O etnólogo Curt Nimuendaju assinalou no seu mapa étno-histórico a existência de cerca de 1400 povos indígenas no território que correspondia ao Brasil do descobrimento. Eram povos de grandes famílias linguísticas – tupi-guarani, jê, karib, aruák, xirianá, tucano etc. – com diversidade geográfica e de organização social^{19: 21}.

Cabe considerar a existência de dois grupos indígenas, quais sejam: os tupis-guaranis e os tapuios. Os primeiros estavam localizados por quase toda a costa brasileira, enquanto o segundo grupo localizava-se em alguns pontos do litoral, diferenciados em Aimorés, Goitacazes e Tremembés⁵⁵.

O mesmo autor descreve a dificuldade de analisar a sociedade e os costumes indígenas, dada a miscigenação cultural presente. No entanto, ressalta que, conforme relatos da época, os aimorés se destacavam pela rebeldia e por comerem carne humana, sendo sempre descritos de forma desfavorável; os tupinambás comiam os inimigos por vingança; já os tupis praticavam a caça, a pesca, a coleta de frutas e a agricultura, onde plantavam feijão, milho e principalmente a mandioca⁵⁵.

A incapacidade dos portugueses em classificar alguns grupos indígenas contribuiu para identificar genericamente os índios hostis como “Tapuios”. Tal identidade ocultava as iniciativas indígenas, os processos socioculturais intertribais de aliança ou conflito com colonizadores¹⁹.

O projeto colonial português envolveu uma política indigenista que fragmentava a população indígena em dois grupos, os aliados e os inimigos, para os quais eram dirigidas ações e representações distintas. Os povos indígenas que se tornavam aliados dos portugueses necessitavam ser convertidos à fé cristã, enquanto os “índios bravos” deviam ser subjugados militar e politicamente de forma a garantir o seu processo de catequizaçã¹⁹.

A ausência de um sistema de escravidão não impedia ações coercitivas, nem conflitos na relação entre os missionários e os indígenas. As missões não se caracterizavam apenas como um empreendimento religioso, mas também econômico

e político-militar. Neste sentido, a escravidão foi adotada pelos colonos em larga escala, usando extensivamente as terras da cultura canavieira e os índios para a produção comercial e de subsistência. Estes, ao serem escravizados e levados para os engenhos, não suportavam o trabalho e, sempre que podiam, fugiam dos canaviais¹⁹.

No final do séc. XVI, o uso da mão-de-obra escrava indígena nos engenhos sofreu um importante declínio, uma vez que as reações dos índios à escravidão e ao trabalho agrícola, a disseminação de doenças e o incremento do tráfico negreiro caracterizaram o trabalho indígena como transitório¹⁹.

A chegada dos portugueses representou para os índios um momento de conflitos e transtornos. Muitos portugueses, em especial os padres, foram associados na imaginação dos tupis aos grandes xamãs (pajés), que andavam de aldeia em aldeia, curando e profetizando. Os índios que se submeteram aos portugueses, ou foram submetidos a eles, sofreram violência, epidemia e mortes⁵⁵.

As epidemias produzidas pelo contato entre brancos e índios dizimaram milhares de índios. Diversas foram as doenças que os vitimaram, como: sarampo, varíola, gripe, uma vez que não tinham defesa biológica contra estas doenças^{52,64}.

As doenças mais frequentes no Brasil-colônia eram “lues, maculo, disenterias, ‘ar de estupor’, catarros, opilação, dermatoses, verminoses, febres, espasmos, boubá, tétano, tosses, verminoses, hemeralopia, a parasitose provocada pelo ‘bicho-de-pé’, e doenças, próprias das mulheres e crianças”^{62:39}. A seguir, conforme apresentação de Baida e Chamorro^{63:4}, se fará um breve relato destas moléstias.

Quadro 2 – Apresentação das principais moléstias que atingiram os indígenas nos séculos XV ao XVIII - Rio de Janeiro – 2016

Patologia	Descrição
Lues	Atualmente caracterizada como sífilis, acometeu a população indígena a partir da chegada dos europeus
Catarros/Tosses	Os povos indígenas eram acometidos de <i>afecções catarrais</i> , que comumente estavam associadas ou não às gripes introduzidas pelos europeus.
Dermatoses:	Acometiam os indígenas as ulcerações, boubas, ferimentos, dermatoses e frialdades.
Verminose/Máculo	O máculo era uma parasitose intestinal que apresentava úlcera e inflamação do ânus, que eventualmente, acometiam os indígenas que a chamavam de <i>Teicoaraíba</i> .
Febres	As febres faziam menção a várias doenças. Na língua indígena, febre é <i>akāngnundu</i> , que literalmente significa 'cabeça latejante', indicando, portanto, um componente da febre
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
Parasitose provocada pelo 'bicho-de-pé':	Era conhecida como "tunga" a "pulga-de-areia" pelos indígenas brasileiros Nesta patologia a fêmea, com o abdome repleto de ovos, introduz por sob a pele provocando rubor, prurido, inflamação e ulcerações.
Varíola	Veio da Europa ao continente americano com Colombo. É considerada uma das epidemias responsáveis pela destruição das populações nativas da América.
Sarampo	Segundo Santos Filho ⁶² 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 <i>febris scarlatina</i> ." O sarampo fez a sua aparição no Brasil desde o início do povoamento e colonização.

Observam-se consequências importantes sofridas pelas populações indígenas através de guerras de conquista, extermínio e escravização, além do contágio de doenças, como a varíola, o sarampo e a tuberculose, que dizimavam grupos inteiros rapidamente, sofrimento testemunhado por jesuítas como José de Anchieta e Manoel da Nóbrega¹⁹.

Cabe considerar a importância de associar o fator biológico ao social, assim, as epidemias eram mais destrutivas quando associadas a guerras de extermínio ou de escravidão contra a população indígena, além de terem seu potencial devastador elevado quando surgem em ocasiões de escassez, que se refletem em dificuldades de obter alimentos, o que acelera o processo de adoecimento e morte⁶⁸.

Conforme descrito por diversos autores^{55,63,69}, foi através do contato com os europeus que as doenças se apresentaram de forma arrebatadora na América indígena, uma vez que 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 neste período, uma das principais fases de degradação do corpo indígena.

No entanto, a história demográfica dos índios desde 1500 não deve ser compreendida simplesmente a partir de uma sucessão de doenças, massacres e violências diversas. A dispersão populacional permitiu diversas reações dos povos indígenas ao contato com os colonizadores, entre as quais a promoção de grandes deslocamentos para escapar à escravidão e às consequências das moléstias trazidas pelos europeus¹⁹.

Este contexto histórico será discutido no tópico a seguir.

2.3 NOVOS POVOS E NOVAS MOLÉSTIAS: O CALDEIRÃO CULTURAL DO BRASIL QUINHENTISTA

E foi, que de doença crua e feia, a mais que eu nunca vi, desampararam, muitos a vida; e em terra estranha e alheia os ossos para sempre sepultaram Quem haverá que, sem o ver, o creia? Que tão disformemente ali lhe incharam as gengivas na boca, que crescia a carne e juntamente apodrecia? Apodrecia co'um fétido e bruto cheiro, que o ar vizinho infeccionava: Não tínhamos ali médico astuto, cirurgião sutil menos se achava: Mas qualquer, neste ofício pouco instrutivo, pela carne já podre assim cortava como se fora morta; e bem convinha, pois que morto ficava quem a tinha.

Camões, Os Lusíadas

Figura 6 – A chegada das embarcações portuguesas no “novo mundo” - Rio de Janeiro – 2016



Fonte: BRASIL ESCOLA⁷⁰.

Em 09 de março de 1500, numa segunda feira, sob o argumento de que queria dominar a rota de comércio com as Índias, Cabral partiu do Rio Tejo, com aproximadamente 1400 homens. A bordo, estavam os mais experientes navegadores portugueses, como Bartolomeu Dias, aquele que dobrou o Cabo da Boa Esperança pela primeira vez e atingiu o oceano Índico.

A chegada ao Brasil se deu 44 dias depois, no dia 22 de Abril, sendo o primeiro contato dos portugueses com os nativos no sul, onde hoje se situa o estado da Bahia, sendo oficializada no dia 1º de maio, pelo capitão da esquadra, a posse das terras brasileiras pela coroa portuguesa.

Pero Vaz de Caminha, conforme referimos acima, descreve em sua carta a D. Manuel, características próprias da terra, do homem que a habitava, de maneira a interessar a etnologia e, sob certos aspectos, à própria medicina. Pero Vaz de Caminha é o primeiro a observar e anotar os atributos somáticos do homem da ilha recém-descoberta.

Já em 1503, Lourenço de Medicis, recebe uma carta de Américo Vespúcio, navegador, geógrafo, cosmógrafo e explorador de oceanos ao serviço do Reino de

Portugal e de Espanha, completando as observações de Caminha, onde destacava o clima e a ausência de pestes e doenças no novo mundo.

[...] os ares de si são temperado e bons; e pelo que pude deduzir de suas narrações não pestes nem doenças provenientes da corrupção do ar e se não morrem de morte violenta, vivem larga vida [...]

Américo Vespúcio

Da medicina propriamente dita, no que pertence ao campo da patologia e a nosologia local, não era possível ao notário encaminhar informações, devido a sua breve estada no novo mundo. A medicina dos povos que habitavam o Brasil na época do descobrimento apresentava, na doutrina e na prática, características fundamentais denominada medicina primitiva, à base da magia e do empirismo. Características, legitimadas pelas crenças e pelo conhecimento da vasta flora brasileira pelos nativos.

O desvendar do Novo Mundo, colaborou para o desenvolvimento do conhecimento de novas informações e dados acerca da diversidade vegetal e sua aplicação medicinal no Velho Mundo, sendo divulgada por aventureiros, viajantes e naturalistas.

As observações da flora brasileira e as denominações dadas pelos índios as plantas originaram seus primeiros descritores no século XVI, sem aceção, à época, de suas classificações e grupamentos. Os conhecimentos adquiridos foram introduzidos na construção da ciência médica e vastamente examinados e difundidos na Europa, sob a ótica do avanço nas curas para o Velho Mundo.

Os índios constituíram-se em curandeiros do Brasil colônia, desenvolvendo atividades de cura, através do uso de técnicas empíricas e o uso da natureza, pois conheciam todos os rituais, chás e ervas para cuidar das doenças, o que possibilitou a incorporação desses conhecimentos à medicina popular europeia⁷¹.

O choque de culturas, entre europeus e nativos, provocou modificações decisivas para a construção do Brasil colônia e para o desenvolvimento das práticas de cuidado no país. Os primeiros íncolas com quem os portugueses tiveram contato apresentavam-se saudáveis e muitos pareciam ser centenários. Contudo, essa população apresentava uma fragilidade imunológica diante do contato com novos microrganismos, o que causou o adoecimento de muitos índios brasileiros.

Conforme descrito anteriormente, o desconhecimento imunológico foi apresentado aos atributos práticos da miscigenação portuguesa no Brasil. A exemplo,

da pandemia de varíola que dizimou a população de nativos que habitavam a costa do atlântico, tendo sido essas epidemias o motivo principal para o declínio da população Tupi no período quinhentista^{71:130}.

A chegada dos missionários jesuítas no Brasil, com a esquadra de Tomé de Souza, em 1549 até o final do século XVI, objetivava levar o catolicismo as regiões recém-descobertas e atribuir a educação da língua portuguesa e espanhola a esses povos, bem como a ensino religioso. Porém, pode atestar os reflexos devastadores da colonização para os nativos.

Em 13 de julho de 1553, José de Anchieta, sob a direção do padre Luís de Grã, chegou à cidade do Salvador, e foi indicado, após o estabelecimento da Companhia de Jesus, a redigir as cartas dos acontecimentos do novo mundo e enviá-las a Europa periodicamente.

Durante o tempo em que viveu no Brasil, quase 44 anos, redigiu uma variedade de cartas, cujo contexto versava sobre os mais variados temas: edificação, negócios e notícias do novo mundo, escritas em latim, português e espanhol, o que fora possível devido ao conhecimento que possuía das três línguas.

Contudo, é possível observar nos apontamentos Jesuítas, em seus relatórios de viagem e cartas, importantes epidemias que abateram drasticamente a população indígena.

A exemplo, cita-se a capitania da Bahia, que foi o local mais devastado pela varíola, e que pode ser observado em carta escrita pelo Pe. Leonardo Vale, no ano de 1534, descrevendo a situação da capitania como calamitosa, atestando a morte de grande parte dos habitantes dessas aldeias.

Além disto, os contágios não se restringiram às áreas nas quais o contato era mais intenso. A varíola ultrapassou os limites da presença portuguesa, atingindo grupos que não mantinham relações com os colonizadores. As doenças nas aldeias jesuíticas e nos engenhos, segundo os índios, não se comparavam a massacre que a doença ocasionava fora dos limites alcançados pelos portugueses.

Em 12 de maio de 1563, o jesuíta Leonardo do Vale escreveu uma carta em narrando os terríveis impactos da epidemia de varíola vinda do Velho Mundo para as novas terras.

Era uma espécie de varíola tão repugnante e malcheirosa que ninguém podia suportar o grande fodor exalado pelas [vítimas]. Por essa razão muitos morreram sem receber cuidados, consumidos pelos vermes que cresciam

nas feridas da varíola. Visto que se multiplicavam no corpo das vítimas e eram enormes, quem os visse ficava horrorizado e chocado. Leonardo do Vale^{72:384}.

Pode-se observar a gravidade da pandemia à época também pela narração feita pelo Pe. Pedro da Costa, lotado na capitania neste período, quando o mesmo escreve para o Pe. Gonçalo Vaz, Provincial da Companhia de Jesus de Portugal, acerca da mortalidade nas casas e nos engenhos:

[...] era tão geral a doença que não existiam casas sem enfermos, e havia dias em que se enterravam — três e quatro mortos [...] pera o qual era necessário, ás vezes, andar o Padre buscando quem lhes fizessem as covas [...]. Pe. Pedro da Costa^{73:464}.

Porque tão bravamente deu pola escravaria, que não só os salteados e mal resgatados mas os de bom in titulo e ladinos que muito presavam e os de Guiné lhes morriam em dous, três dias, sem aproveitarem sangrias nem medicinas. Casa houve onde morriam 90 e 100 peças, e outras onde não ficou quem fosse pola água á fonte, e por então não haver neste collegio outro língua sinão eu, me era muitas vezes necessário findar a mór parte do dia fora de casa, de uma casa em outra, bautisando uns e confessando outros, e acodia algumas vezes na semana a uma povoação que está meia légua desta cidade [...] Pe. Pedro da Costa⁵⁹.

Neste mesmo ano, a capitania de São Vicente foi devastada pela varíola. Retornando de sua missão diplomática, Anchieta aponta para a evolução grave da varíola entre os índios e suas consequências na região:

A principal destas doenças hão sido varíolas, as quais ainda brandas e com as costumadas que não têm perigo e facilmente saram; mas há outras que é cousa terrível: cobre-se todo o corpo dos pés a cabeça de uma lepra mortal que parece couro de cação e ocupa logo a garganta por dentro e a língua de maneira que com muita dificuldade se podem confessar e em três, quatro dias morrem. José de Anchieta^{20:238}

Diversas nações sofreram com enfermidades e provocaram discussões acerca de teorias que justificassem as etiologias e permitissem lograr êxito na cura. Nas terras do novo mundo, não foi diferente, a natureza e seus elementos místicos, caracterizaram durante muitos anos, as causas das doenças e os males que assolavam os povos. O solo para o índio “é seu chão cultural, habitado por suas tradições, referência básica dos seus valores vitais, prenhe de mitos, campo de sua história”^{74:8}.

Fielding Garrison^{75:25} afirma:

Se pretendermos entender a atitude da mente primitiva sobre o diagnóstico e tratamento da enfermidade, devemos admitir que a medicina em nosso sentido, foi uma só fase de um conjunto de processos mágicos ou místicos, desenhados para fomentar uma existência humana melhor, tal como prevenir a cólera dos deuses ofendidos ou de espíritos malignos, implorar pelo fogo, pela chuva, purificar as águas ou as estâncias, fertilizar os solos, aumentar a potência sexual ou a fertilidade, prevenir ou liquidar infortúnios das... enfermidades [...].

Apesar de constar nos registros dos religiosos um grande número de mortos entre os índios recém-batizados, não há descrição de qual enfermidade os acometera, apenas uma narração pouco precisa de sintomas, de forma que os religiosos interpretam o mal como castigo divino⁷⁶.

O poder desarticulador das doenças pode ser exemplificado com a epidemia de varíola que entre 1562-1565, na Bahia¹⁹. O padre José de Anchieta descreveu o que ocorreu:

No mesmo ano de 1562, por justos juízos de Deus, sobreveio uma grande doença aos índios e escravos dos portugueses, e com isto grande fome, em que morreu muita gente, e dos que ficavam vivos muitos se vendiam e se iam meter por casa dos portugueses a se fazer escravos, vendendo-se por um prato de farinha, e outros diziam, que lhes pusessem ferretes, que queriam ser escravos: foi tão grande a morte que deu neste gentio, que se dizia, que entre escravos e índios forros morreriam 30.000 no espaço de 2 ou 3 meses^{28:356}.

No entanto, não é difícil concluir que as causas fossem estranhas ao mundo dos índios, já que se observava apenas entre os batizados a morte prematura, o que evidência na atualidade o contato de pessoas não imunes às enfermidades contra as quais o europeu já tinha adquirido resistência. Como exemplo desta suscetibilidade indígena destaca-se o discurso do cronista Simão de Vasconcellos, que, em 1552, ainda na Bahia, indica a incidência entre os batizados de uma “peste terrível de tosse e catarro mortal”, assemelhada a uma patologia conhecida do europeu – a gripe⁷⁶.

2.4 A “BAGAGEM” DE TOMÉ DE SOUZA EM 1549 TRAZIA O PRIMEIRO FÍSICO OFICIAL

Estava um índio doente nesta aldeia e viu-se tão mal que parecia a todos que morria. Falou-lhe o Padre Gaspar Lourenço se queria ser cristão: ele secamente respondeu que não queria sê-lo. Voltou o padre a replicar sobre isto, pondo-lhe diante a glória do paraíso e as penas do inferno, e que em mui breve (das duas) uma: ou se fazia filho de Deus e herdeiro da glória ou servo perpétuo do diabo e morador do inferno. Não aproveitou, então, de nada para fazer-se cristão, parecendo-lhe (coisa mui comum entre eles) que com isto porventura o matariam. Foi-se o padre desconsolado, avisando todavia a seus filhos (um dos quais é catecúmeno e o outro, cristão) que olhassem por ele e o convencessem do batismo. Não pouco depois de sua ida, veio um filho seu a chamar ao padre, dizendo: “vem acudir a meu pai que morre e pede que o batizes”. Foi o padre correndo e encontrou-o inconsciente e depois que voltou a si lhe disse: se era verdade que queria ser cristão? Respondeu que era sim, e que queria que o batizasse. Ora (disse o padre), como me dizias que não querias? O índio se desculpou que não estava em si, repetindo: “Se meus filhos são cristãos, como não queres tu que também o seja? Por isto batiza-me e, assim, possa ir para o céu.” Não, dizia o Padre Gaspar Lourenço, que dizes agora isto com o medo que te pus do inferno, aonde te haviam de levar os demônios se não fosses batizado; se eu vir em ti melhores mostras e melhor vontade, te batizarei, pois nós só costumamos fazê-lo senão a quem o pede de coração. Vendo-o o padre nestas condições, lhe declarou o que havia de crer e confessou-o e moveu-o a ter contrição de sua vida passada. Feito isto, tornou a lhe perguntar o padre se queria que o batizasse. Disse-lhe o índio: “Já te disse há muito que sim”. Disse-lhe: “Por amor de quem?” Diz: “Por amor de Deus”. “Para ir para o céu.” Estando nestas conversas, disse: “Batiza-me que me quero ir desta vida”. E os filhos instavam, dizendo: “Padre, batiza-o, e depressa: cuidado para que ele não morra sem o batismo. Bem vêes que ele te pede com boa vontade”. E o padre o batizou^{77:4}.

Figura 7 - Obra do artista Victor Meirelles representando a Primeira Missa no Brasil dos jesuítas



Fonte: ORAZEM⁷⁸.

Munidos de estratégias de educação, os chamados Soldados de Cristo chegaram ao Brasil, em 1549, fazendo parte da expedição colonizadora de Tomé de Souza, país onde iriam permanecer durante duzentos e dez anos, ininterruptamente, como os únicos professores de colonos e índios⁷⁹.

A preocupação desta Companhia de Jesus era utilizar o saber para reproduzir e expandir a doutrina católica, tendo a educação como elemento fundamental para a transmissão de valores, ideias e doutrinas. Conscientes da missão que haviam escolhido, os jesuítas, ao chegarem ao Brasil, em 1549, iniciaram imediatamente as atividades pedagógicas, pela catequese, endereçadas aos índios e, pela fundação de colégios, direcionada os filhos dos colonos⁷⁹.

Em uma carta endereçada a Portugal, José de Anchieta como era árduo o desenvolvimento da missão: “Andamos mais de cem léguas padecendo fome e sede sem deles pretendermos mais do que a salvação das suas almas e a glória de Deus”^{20:38}.

Da mesma forma que nutriam uma amizade missionária com os índios, os jesuítas ensinavam-lhes as primeiras letras e exercitavam a catequese, não permitindo sua escravização pelos portugueses sempre que possível, e aproveitando

continuamente sua força de trabalho. Essa amizade era compensada pela participação dos índios no combate aos “hereges” protestantes invasores e na manutenção das fazendas⁷⁹.

A preocupação procedente da sociedade colonial em conservar ou restabelecer a saúde partiu, inicialmente, dos religiosos, principalmente os franciscanos e jesuítas, que desembarcavam no país. Os jesuítas que aqui se fixaram a princípio eram responsáveis por curar as almas, no entanto, objetivavam paralelamente ao trabalho de catequese do gentio, resguardar também sua saúde, que estava tão fragilizada pela incidência de enfermidades até então desconhecidas por seus organismos, e expurgar aqueles rituais mágicos que até então se mostravam tão eficientes entre os nativos⁷⁶.

Padre José de Anchieta^{20:239} afirma que

[...] mesmo os portugueses parecem que não sabem viver sem nós outros [os jesuítas], assim em suas enfermidades próprias, como de seus escravos: em nós outros têm médicos, boticários e enfermeiros; nossa casa é botica de todos, poucos momentos está quieta a campainha da portaria.

Estas boticas que foram referidas por Anchieta continuaram sob a responsabilidade dos irmãos inacianos até meados do século XVIII, quando ocorreu a expulsão dos domínios portugueses. Nelas, eram encontrados medicamentos de uso recorrente na capital do Império Luso e receitas oriundas dos experimentos dos próprios religiosos, receitas que obtiveram considerável sucesso no período colonial⁷⁶.

No entanto, a institucionalização do saber médico no Brasil ocorreu após a chegada da Família Real no Rio de Janeiro, através, primeiramente, das Escolas de Cirurgia da Bahia e do Rio de Janeiro (1808), e, num segundo momento, das Faculdades de Medicina baiana e carioca (1832). Cabe considerar que a intensa produção e disseminação de estudos sobre as artes de curar realmente ganhem destaque e consistência a partir do desembarque, há, nos séculos anteriores a emergência da clínica, diversas formas de pensar e tratar o doente e as doenças, com a presença de diferentes personagens que não o médico entre os detentores da possível cura⁷⁶.

A Medicina em Portugal do século XVI enviou ao Brasil, nem sempre de forma voluntária, os primeiros “práticos da medicina”. Na expedição de Pedro Álvares Cabral, estava o Mestre João, bacharel em medicina, físico, astrônomo e cirurgião de

D. Manuel, rei de Portugal. Em 27 de abril de 1500, ao pisar o solo do novo mundo, examinou e mensurou a disposição dos astros, recompôs alguns cálculos astronômicos e precocemente partiu para as Índias Orientais.

À época, o ofício da medicina, não tinha o costume de ser a única prática desempenhada e carecia muito de conhecimentos na cura das doenças. Pode-se observar na carta enviada a D. Manuel, pelo físico mor, descrevendo a posição dos astros e a chegada à ilha de Vera Cruz que os conhecimentos médicos eram de fato precários.

[...] Quanto, Senhor, ao outro ponto, saberá Vossa Alteza que, acerca das estrelas, eu tenho trabalhado o que tenho podido, mas não muito, por causa de uma perna que tenho muito mal, que de uma coçadura se me fez uma chaga maior que a palma da mão; e também por causa de este navio ser muito pequeno e estar muito carregado, que não há lugar para coisa nenhuma. Somente mando a Vossa Alteza como estão situadas as estrelas [do sul], mas em que grau está cada uma não o pude saber, antes me parece ser impossível, no mar, tomar-se altura de nenhuma estrela, porque es trabalhei muito nisso e por pouco que o navio balance, se erram quatro ou cinco graus, de modo que se não pode fazer, senão em terra [...] ^{80:2}.

Entretanto, a medicina europeia, apurada pelos mestres quinhentistas, não chegou ao conhecimento dos que, com título de físicos da cidade de Salvador, vieram a exercer esse ofício na colônia no primeiro século de sua existência.

Os físicos e cirurgiões que aportaram nas terras do novo mundo, em sua quase totalidade, eram sujeitos insignificantes, de pouca sabedoria. De fato, indivíduos íntegros, cumpridores das suas obrigações, porém com a mentalidade medieval, no que tinha ela de antiquada e de ultrapassada.

Trabalhar em terras distantes era habituar-se a uma condição de exílio, e afastamento das novidades do velho mundo, o que de fato não possibilitava que esses físicos fossem indivíduos de muitas luzes, nem clínicos e cirurgiões de renome.

Indivíduos, na sua maioria, humildes, cristianizados, e em muitos casos fugitivos da inquisição. Não buscavam os conhecimentos, sob o ponto de vista médico, o que lhes davam as florestas, nem tão pouco estudar a nosologia local. Essa tarefa caberia aos jesuítas, que se tornaram médicos da população local, até os fins do século XVI.

Ao aportarem nas terras do novo mundo, evidenciou-se que os nativos, a fim de combaterem as moléstias e as doenças que os acometiam, lançavam mão da

magia e das invocações aos espíritos, pois acreditavam vir dessa natureza os males e as perturbações biológicas.

A medicina no período que antecede a colonização ligava o mundo físico e o mundo espiritual, na cura das enfermidades, com certa dose de empirismo e observação.

Usão de alguns feitiços, e feiticeiros, não porque creião nelles, nem os adore, mas sómente se dão a chupar em suas enfermidades, parecendo-lhes que receberão saúde, mas não por parecer que há nelles divindades, e mais o fazem por receber saúde que por algum respeito. Entre elles se alevantam algumas vezes alguns feiticeros, a que chamão Caraíba, Santo ou Santidade, e é de ordinário alguns índios de ruim vida; este faz algumas feitiçarias, e cousas estranhas à natureza, como mostrar que ressuscita a algum vivo que se faz morto, e com esta e outras cousas semelhantes traz após si todo o sertão, enganando-os [...] ^{81:89}.

Embora existisse nas práticas medicinais do silvícola ampla dose de crenças e sortilégios, não podemos desconsiderar a importância de suas observações e descobertas, principalmente no que concerne ao conhecimento e aplicação prática nas doenças, daqueles insumos adquiridos na imensa floresta brasileira.

O emprego da farmacopeia indígena na cura de determinadas doenças, não só ampliou as possibilidades terapêuticas dos missionários, mas também reduziu significativamente o caráter depreciativo atribuído às práticas indígenas⁷⁶.

Um dos mais conhecidos compostos jesuíticos da época é a *triaga brasílica*, cuja fórmula manteve-se em segredo até a expulsão da Ordem da colônia. Diversas são as notícias de suas contribuições no mapeamento de plantas e no desenvolvimento de receitas úteis aos médicos, a exemplo da *herva de cobra*, por eles beneficiada e extremamente eficaz no combate aos efeitos das picadas do animal, [...]. Além da feitura e distribuição de fórmulas como a *triaga*, os religiosos das mais diversas ordens foram responsáveis pela criação e manutenção das Santas Casas de Misericórdia, instituições “especialmente recomendadas pela Coroa portuguesa” e propagadas por todo Ultramar^{76:18}.

De certa forma, os nativos aplicavam conceitos, mesmo que empíricos,, baseados em uma visão cosmológica, teológica, filosófica, natural e clínica. Esse pensamento foi corroborado por Fernandes⁸² quando o autor correlacionava a seleção das ervas por moléstias, a figura do índio e a doutrina de Paracelsus⁸².

Com a carência de físicos, detentores de sabedoria e municiados de informações do Velho Mundo, coube aos jesuítas a árdua tarefa de cuidarem dos

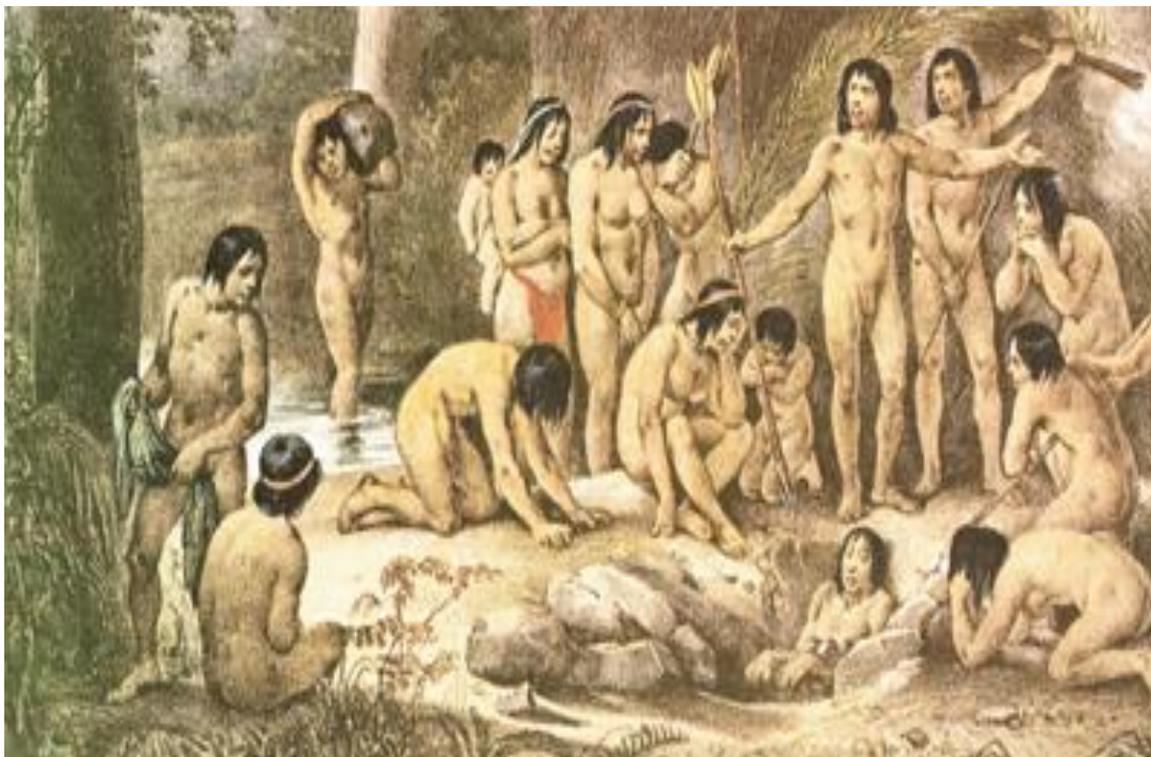
nativos e acalentarem seus corpos enfermos. Porém, as relações dos índolas com as questões sobrenaturais dificultaram muito esse método questionado pelos jesuítas. Fato que pode ser observado na carta redigida por Anchieta, datada de 1555:

Os que fazem estas feitiçarias, que são mui apreciados dos índios, persuadem-lhes que em seu poder está a vida ou a morte; não ousam com tudo isto aparecer deante de nós outros, porque descobrimos suas mentiras e maldades^{83:83}.

Os pajés (feiticeiros) de acordo com concepção jesuítica dificultavam o trabalho de salvação das almas e de aproximação dos nativos. Sendo assim, os jesuítas adotaram a estratégia de aproximação e convencimento do líder espiritual das tribos, como forma de facilitar a aproximação dos demais integrantes das tribos. Essa aproximação visava de fato a catequização das tribos, mas também proporcionar aos índolas uma nova forma de encarar suas enfermidades e moléstias que os acometiam. Fato que pode ser observado nos registros feitos pelo Pe. Manoel da Nóbrega, após um desses encontros com um Pajé:

Procurei encontrar-me com um feiticeiro, o maior desta terra, ao qual chamavam todos para os curar em suas enfermidades; e lhe perguntei em virtude de quem fazia elle estas cousas e se tinha comunicação com o Deus que creou o Ceo e a Terra e reinava nos Céus ou acaso se comunicava com o Demônio que estava no Inferno? Respondeu-me com pouca vergonha que elle era Deus e tinha nascido Deus e apresentou-me um a quem havia dado a saúde, e que aquelle Deus dos céus era seu amigo e lhe aparecia freqüentes vezes nas nuvens, nos trovões e raios; e assim dizia muitas outras cousas. Esforcei-me vendo tanta blasphemia em reunir toda a gente, gritando em vozes altas, mostrando-lhe o erro e contradizendo por grande espaço de tempo aquilo que elle tinha dito: e isto, com ajuda de um língua, que eu tinha muito bom, o qual fallava quento eu dizia em voz alta e com os signaes do grande sentimento que eu mostrava. Finalmente ficou elle confuso, e fiz que se desdissesse de quanto havia dito e emendasse a sua vida, e que eu pediria por elle a Deus que lhe perdoasse: e depois elle mesmo pediu que o baptisasse, pois queria ser christão, e é agora um dos cathecumenos^{84:95}.

Figura 8 - Ritual primitivo de sepultamento de indígenas/ Enterro, litogravura aquarelada, Johann Moritz Rugendas, séc. XIX



Fonte: MUSEU DA CASA BRASILEIRA⁸⁵.

Contudo, os jesuítas passaram a conceber diversos conhecimentos acerca da natureza e dos benefícios da floresta e de suas riquezas no tratamento das enfermidades, criando através de um movimento empírico, um corpo farmacológico de drogas e artifícios de atenção à saúde, que fora consagrado como os benefícios da medicina aborígene, ou seja, as práticas médicas originadas nos espaços geográficas e sociais dos povos indígenas surgidas antes da colônia⁸⁶.

No entanto, mesmo que munidos de remédios para o corpo, a percepção dos religiosos sobre os doentes fundamentava-se na assertiva de que o que está manifesto no exterior seria, na verdade, espelho das chagas da alma. Dito de outro modo, de nada adiantaria cuidar dos males do corpo se a alma ainda padecesse, especialmente em razão de vícios morais ou da falta de assiduidade no exercício do catolicismo⁷⁶.

No contexto das enfermidades, cabe considerar que “talvez por não se configurar como problema para os primeiros colonizadores, pouco se escreveu sobre as manifestações de doenças nos anos iniciais de presença estrangeira no Brasil”^{63:43}.

Apesar de, conforme exposto anteriormente, constar nos registros dos religiosos um grande número de mortos entre os gentis recém-batizados.

Assim, a primeira notícia epidêmica no Brasil data ocorreu nos últimos anos do século XVII, em Pernambuco. Sua descrição, tratamento e prevenção são descritos na obra do médico formado pela Universidade de Coimbra João Ferreira da Rosa, intitulada *Tratado Único da Constituição Pestilencial de Pernambuco*. É sobre a febre amarela, vômito negro, males da bicha, Mal de Sião ou simplesmente *bicha*, que o autor se dedicou⁷⁶.

Em 1799, já muito perto do fim da colônia e da chegada da família real portuguesa, em fuga para o Brasil, as condições de saúde eram precárias. Não havia esgoto, e a população tinha o hábito de desprezar seus excrementos pelas ruas, que se tornavam insalubres e potencializavam os riscos de doenças contagiosas.

Cabe destacar que o país, com cerca de 3 milhões de habitantes à época, não tinha mais de 12 médicos formados, e importados da Europa, devido à ausência de formação no Brasil, formando-se assim grupos de curandeiros, benzedeiros e rezadores que buscavam preencher a total carência de profissionais.

Por isso, a expectativa de vida dificilmente passava dos 30 anos. Crianças também eram vítimas fáceis: no século XVII, por exemplo, apenas uma em cada três crianças nascidas no Nordeste conseguia sobreviver.

Em janeiro de 1808, Portugal estava preste a ser invadido pelas tropas francesas comandadas por Napoleão Bonaparte. Sem condições militares para enfrentar os franceses, o príncipe regente de Portugal, D. João, resolveu transferir a corte portuguesa para sua mais importante colônia, o Brasil.

A chegada da família real ao Brasil constitui um marco de desenvolvimento importante. Além da família real, centenas de funcionários e pessoas ligadas a corte portuguesa chegaram as terras brasileiras.

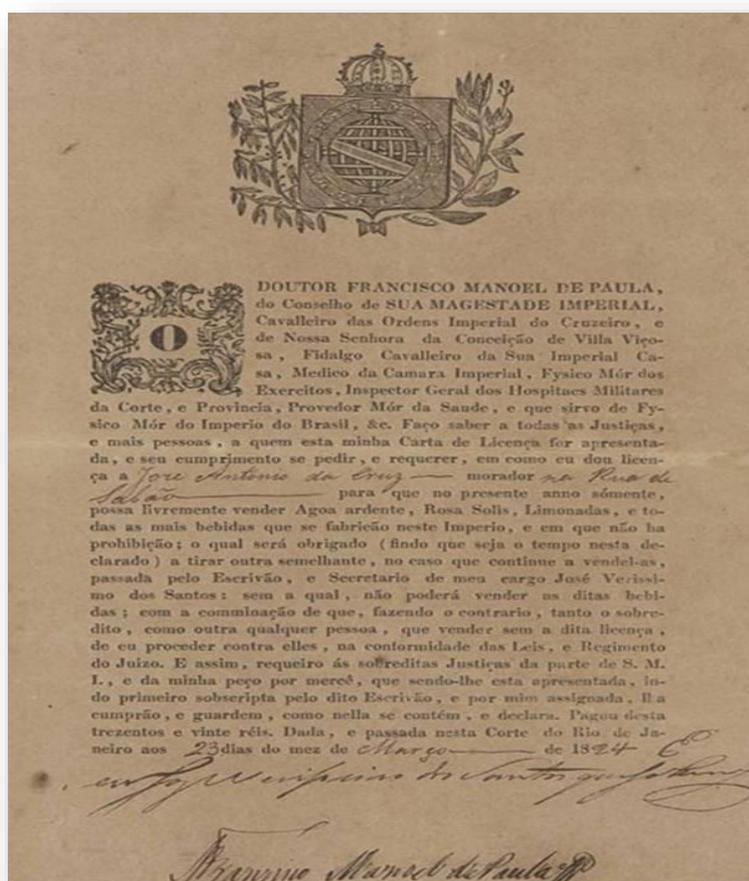
Com a chegada da família real portuguesa em 1808, as necessidades da corte forçaram a criação das duas primeiras escolas de medicina do país: o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, sendo essas as únicas medidas governamentais até a República⁸⁷.

Outro fato que cabe destaque foi a criação no Brasil, do cargo de físico-mor do Reino, estabelecido pelo decreto de 7 de fevereiro de 1808, durante a estada da corte portuguesa na Bahia, sendo o primeiro ocupante do cargo no Brasil o médico

português Manuel Vieira da Silva Borges e Abreu, conselheiro e fidalgo da Casa Real e deputado da Real Junta do Protomedicato⁸⁷.

O físico-mor era o responsável pelo controle da medicina exercida por curadores, físicos, cirurgiões, barbeiros, sangradores, religiosos e parteiras. Cabia-lhes ainda fiscalizar as boticas e o comércio de drogas, devendo inspecionar periodicamente o estado de conservação dos estabelecimentos e dos medicamentos vendidos, bem como os preços praticados. Os comissários do físico-mor também constituíam juntos perante as quais prestavam exames os candidatos à carta de habilitação para o exercício da medicina e, em sua ausência, as câmaras municipais nomeavam seus integrantes⁸⁷.

Figura 9 – Carta de fiscalização das boticas pelo físico-mor



Fonte: ARQUIVO NACIONAL⁸⁸.

2.5 AS PRIMEIRAS ESCOLAS DE MEDICINA DO BRASIL

A Escola de Cirurgia da Bahia foi criada pela decisão nº 2, de 18 de fevereiro de 1808, poucos dias após a chegada de d. João à Bahia. Segundo seu ato de criação, a proposta de estabelecimento foi do médico José Correia Picanço, cirurgião-mor do Reino, que ficava encarregado da escolha de seus professores. A escola ficaria acomodada no Hospital Real Militar da Bahia, que funcionava no antigo Colégio dos Jesuítas, no Terreiro de Jesus. D. José de Saldanha da Gama, conde da Ponte, capitão-general da capitania da Bahia, foi autorizado por d. Fernando José de Portugal e Castro, conde de Aguiar, ministro assistente ao despacho, a fazer os gastos necessários para sua imediata inauguração⁸⁷.

Figura 10 - Fachada do Hospital Real Militar



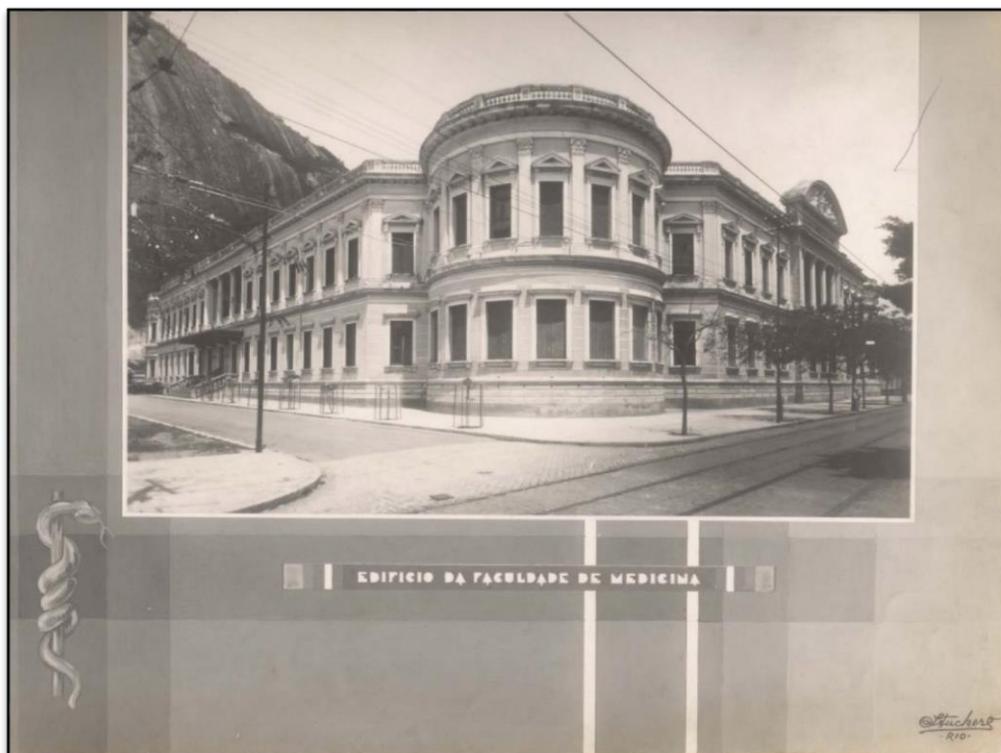
Fonte: ACERVO MEMORIAL DA MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA⁸⁹.

Já a escola de medicina do Rio de Janeiro foi criada pelo príncipe regente D. João, por Carta Régia, assinada em 5 de novembro de 1808, com o nome de Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia e instalada no Hospital Militar do Morro do Castelo. Até então a filosofia colonial dificultava o ensino superior no Brasil, por considerá-lo ameaça aos interesses da corte⁹⁰.

A criação destas duas escolas pode ser vista como parte do processo de institucionalização da medicina no Brasil, iniciado com a vinda da família real. Estes

dois cursos de medicina e cirurgia foram as duas primeiras escolas de ensino superior do Brasil, visto que este tipo de instituição era até então proibido na colônia⁸⁷.

Figura 11 - Edifício da Faculdade de Medicina



Fonte: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO⁹¹.

Cabe considerar que ao longo do período colonial o cuidado com a saúde foi uma atribuição partilhada por diversos agentes de cura, como cirurgiões, físicos, sangradores, barbeiros, parteiras, curandeiros e indígenas. A prática da medicina esteve também a cargo da assistência prestada nas enfermarias jesuíticas, nos hospitais da Misericórdia e nos hospitais militares, que, na maioria das vezes, constituíam a única fonte de assistência médica e fornecimento de medicamentos⁸⁷.

Apesar da criação das duas escolas no ano de 1808 apenas em 1826, pela lei de 9 de setembro, as Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia foram autorizadas a conceder as cartas de cirurgião e de cirurgião formado aos que concluíssem seus cursos, o que até então era competência do cirurgião-mor do Reino⁸⁷.

CAPÍTULO 3 - ARTES E OFÍCIOS DE CUIDAR NO BRASIL DO SÉCULO XV E XVI

3.1 ANTROPOLOGIA DO CUIDAR

Não é de hoje que o termo cuidar e suas particularidades ensejam o interesse e vêm se destacando na figura de inúmeros pesquisadores das ciências humanas na busca da compreensão das suas relações. Desde a antiguidade, a percepção acerca do cuidado já existia e suas relações já eram notadas e evidenciadas.

Um sábio perspicaz do norte do Egito conhecido como Higino (I séc. a.C.), com sua astúcia e vocação para descoberta dos enigmas relacionados à natureza humana, reelaborou a fábula-mito do cuidado, que é de origem grega, nos termos da cultura romana. Assim, nascia a *fábula-mito sobre o cuidado*, uma obra literária que até hoje mexe com o nosso imaginário e sem muita ambição ilustra a relação que sempre existiu entre o cuidado e a espécie humana.

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma ideia inspirada. Tomou um pouco de barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa: Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil.

Fábula de Higino⁹²

Refletir acerca do cuidado tem se constituído um grande desafio no campo das ciências da saúde. Agir em relação próximo, avaliando as suas peculiaridades e

considerando suas origens e características sob a ótica do fenômeno do cuidado humano, compõe inúmeras concepções teóricas utilizadas e estudadas nos dias atuais.

Na antiguidade, os ritos e encantamentos eram responsáveis pelo tratamento dos problemas de saúde. Os cuidados normalmente eram realizados por feiticeiros responsáveis pela cura das enfermidades, mediante procedimentos rituais, e por curandeiros que assumiam a responsabilidade do exercício da prática de tratamento⁹³.

A partir da revolução científica inicia-se o desenvolvimento do modelo biomédico que proporcionou ampliação das possibilidades diagnósticas e de tratamento. No entanto, a partir deste modelo, predominante na atualidade, o foco passou a ser direcionado para a explicação da doença e passou a tratar o corpo em partes menores, reduzindo a saúde a um funcionamento mecânico⁹⁴.

Neste contexto, o cuidado passa a ser institucionalizado, com objetivo de recuperar a saúde da população para garantir a força de trabalho na produção industrial. O hospital transforma-se em um espaço de produção de novos conhecimentos, tornando-se espaço terapêutico, garantindo a área do conhecimento da saúde um grande crescimento⁹⁵.

O cuidar do próximo, considerando as relações estabelecidas entre os sujeitos e ação pactuada com o cuidado, tem se constituído em um objeto epistemológico amplamente discutido no campo da saúde e nas suas relações com o ser humano.

Cuidar é mais que uma palavra, é um termo polissêmico que desvenda a opulência de seu conceito, e se constitui pela necessidade de compreensão e interpretação pelas suas mais variadas facetas. “O cuidado é uma tessitura de extraordinária densidade antropológica e moral [...]”^{96:63}.

Sob esta ótica, podemos atribuir essa expressão as mais variadas situações, que envolvem o ser humano e os objetos que o rodeiam. Contudo, o cuidar na linguagem clínica e médica, envolve absolutamente o ser humano e suas diferentes noções de expressar o cuidado. Se a pessoa é singular e integral em sua plenitude, o cuidado deve ser singular e integralizado.

O valor e o entendimento dados ao cuidar estão, normalmente, conectados às experiências e vivências dos atores envolvidos neste processo, dentre os quais destacamos: o indivíduo, sua origem e sua família.

A palavra cuidar e suas derivações possibilitam um conjunto vasto de definições que nos remetem a construção do seu significado correlacionado a heterogeneidade do ser humano e suas experiências no curso da vida.

O significado deste conceito pode ser plenamente ou parcialmente diferente, dependendo do contexto a que se aplica, dependendo de fatores intrínsecos, da formação humana, cultural e demais experiências acumuladas ao longo da vida. Quando analisamos a fala abaixo, observamos a distinção deste conceito nos diversos campos de conhecimento:

Para o filósofo, 'cuidar' significa procurar a sabedoria e a verdade; para o antropólogo significa observar o homem, bem como as instituições e as próprias técnicas nas diferentes sociedades, a fim de estabelecer os elos de significação; para o juiz significa encarnar a justiça; para o político significa cuidar da cidade; para o médico significa curar; para o homem de negócios significa produzir lucros; para o agricultor significa cultivar a terra e alimentar os homens; para o artesão e para os pedreiros significa fabricar objetos aptos a melhorar a vida^{97:37}.

Cuidar e curar são processos distintos e que devem ser analisados sob perspectivas diferentes, porém são complementares e devem ser tratados de forma harmônica, o que não permite dividir o processo assistencial em dois tipos de medicina, uma orientada para a cura e outra orientada para o cuidar⁹⁸.

Cabe destacar que, o conceito de cuidar ainda é pouco explorado do ponto de vista científico e falta um entendimento límpido de seu significado e de sua aplicação. Leininger^{99:33} reafirma essa dificuldade, quando nos fala que “os conceitos sobre o cuidar são dos menos compreendidos e menos estudados dentre todas as áreas do conhecimento e investigação humana”.

No entanto, diversos teóricos e pesquisadores contemporâneos têm se debruçado na sistematização deste conceito na área da saúde e especificamente na área da enfermagem. Neste sentido, pode-se considerar que nos primórdios, o cuidado era exercido por curandeiras(os), que se utilizavam dos poderes das plantas medicinais. Especialmente as mulheres, nessa época, realizavam o cuidado no ambiente familiar¹⁰⁰.

No período da antiguidade, o modo de vida e as crenças religiosas e filosóficas de cada povo foram fundamentais na contribuição do avanço do cuidado⁶⁹. Na sociedade ocidental, no período que compreendeu o Século V até a primeira metade do século XV, as ideias baseavam-se no Cristianismo e Deus determinava as ações

e a Igreja fundamentou seu poder e hierarquia. As epidemias neste período eram frequentes e devastadoras, avaliadas como ato de Deus⁹⁵.

O modelo biomédico, predominante na atualidade, começou a ser discutido a partir do século XVI e reduzia a saúde a um funcionamento meramente mecânico e passou a tratar o corpo em partes cada vez menores^{94,101}. Neste período, a explicação para as doenças começou a ser associada a fatores externos ao organismo¹⁰¹.

O cuidar tem o seu valor intrínseco e esse fato pode ser observado na expressão de que é dotado o ser humano, quando se expressa como pai, filho, irmão, amigo, e etc., alguns de forma até altruísta. O Cuidar faz parte de cada um de nós. A humanidade, para existir e se perpetuar, necessita de Cuidados.

Neste sentido, observamos a fala de Leonardo Boff^{102:33} “cuidar, é mais que um ato, é uma atitude de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro. As pessoas, não possuem somente corpo e mente, são seres espirituais. Assim, devemos valorizar esse lado espiritual através do sentimento e do cuidado com o nosso planeta.

De fato, ao *cuidar* é atribuído um conjunto de variáveis que tornam o seu entendimento abstruso, quando comparada a ação curativa e o termo *curar*. Contudo, em uma visão nightingaleana o cuidado é uma arte; e para realizá-lo como arte, requer técnica, intuição e sensibilidade¹⁰³. Apesar da valorização do cuidado como arte, Florence inaugura processo de cientificidade da enfermagem que introduziu, na prática assistencial, conceitos relacionados ao ambiente, tais como: luz, ventilação, calor e silêncio. Durante a Guerra da Criméia, organiza a assistência aos soldados a partir da criação de um departamento de enfermagem, por meio de habilidades como observação, registro, comunicação, organização, codificação, inferência, análises e sínteses¹⁰⁴.

Conforme expõem abaixo^{101:3}

A fim de fundamentar o cuidado da enfermagem, o conhecimento teórico começa a ser aprimorado e adquirir maior prestígio, através da implantação dos estudos de investigação e observação desenvolvidos por Florence Nightingale, bem como a abertura de escolas de enfermagem, em 1860 às moças educadas e cultas da sociedade. Florence é considerada a profissional que alicerçou a construção do conhecimento da enfermagem, pois através de sua proposta ambientalista enfatiza a necessidade da adoção de alguns princípios de higiene, indispensáveis à preservação da saúde como: a manutenção do ambiente limpo, aquecido, ventilado e exposto à luz solar.

Na visão clínica, emerge do termo cuidar uma nova perspectiva metodológica e sistematizada de conceituação a essa prática, definindo-a como **cuidado terapêutico**. Abordagem mais inclusiva e interdisciplinar que em uma nova perspectiva se propõe a refletir sobre as bases conceituais e os resultados desta tarefa. Como arte, o **cuidado terapêutico** considera na sua integralidade uma práxis fundamentada no fazer, e como toda arte baseia-se na criação artística. Concepção essa que acompanha o ser humano desde os primórdios e revela sua capacidade de se expressar e revelar suas habilidades.

Cabe destacar, que o **cuidado terapêutico** sofre influência cultural e seu processo de construção se transforma e fortalece na premissa de que esse elemento se perpetua e possui suas raízes na necessidade de determinada população.

Quando falamos de influência cultural, devemos considerar as especificidades e as variáveis evidenciadas em cada população e as suas relações ao longo dos tempos, que podem ter influenciado na construção os modelos de cuidado da época¹⁰⁵.

Outro dado que se deve destacar, é o de que uma das particularidades do ser humano está na sua comunicação e a forma como essa se estabelece, verbal e não verbal e de que o **cuidado terapêutico** se fundamenta na capacidade de estabelecimento de diálogo entre os sujeitos envolvidos. Sujeitos esses que apresentam-se na figura polifônica e poliglota, segundo a linguagem antropológica¹⁰⁶.

Contudo, no processo de cuidar, o diálogo é consubstancial e condição necessária para o desenvolvimento adequado da ação de cuidar. Porém, deve-se considerar que esse processo não está centrado no diálogo como forma intelectualista, e sim no diálogo vital, no qual o verbo, isto é, o *logos* não é o elemento central, mas sim o *phatos*, ou seja, o aspecto experiencial, o elemento comovedor ou, melhor dizendo, sensível⁹⁸.

Neste sentido, destaca-se que no campo da saúde o diálogo assume um papel distinto, daquele atribuído ao discurso oral e escrito através do qual comunicam entre si duas ou mais pessoas. O diálogo adota um conceito com base no encontro e na troca de experiências mutuas. “O processo de cuidar é um diálogo, mas não de palavras, e sim, de presenças”^{98:147}. Essa mesma autora, destaca que o diálogo produz o encontro entre dois seres humanos que se dispõem a falar, a mirarem-se nos olhos, a aceitarem-se e enriquecerem-se mutuamente.

O **cuidado terapêutico** assume um papel dinâmico ao longo do curso da história e se fundamenta no sujeito que cuida e que é cuidado. O exercício de cuidar é uma ação que tem direcionalidade concreta e determinada e que busca no outro além de sua recuperação o valor da receptividade, respondendo as necessidades do outro.

O cuidado terapêutico é entendido como:

um cuidar diferenciado e profissional baseado na visão singular, solidária e integradora entre o trabalhador de enfermagem e o ser humano, constituindo-se na essência da enfermagem, em virtude de ser uma ação com intenção terapêutica, que busca a resolução dos problemas ou das necessidades pessoais, direcionando o ser humano e a comunidade a uma vida mais saudável^{100:5}.

O cuidado terapêutico contempla a atitude de sarar, cuidar, tratar, assistir outras pessoas; é um 'estar próximo'; cuidar do ser, orar pelo ser humano e zelar pela sua integridade física, psíquica, espiritual e social; é cuidar mútuo para que haja paz na vida, sentido na vida^{107:158}.

O cuidado se caracteriza pela preocupação, desvelo e solicitude. O cuidado atento, ético, que proporciona tranquilidade, segurança, respeito e apoio, é o cuidado que cura e que salva. Este cuidado reserva uma dimensão crítica e percebe a presença do espírito em cada coisa, em cada movimento da vida ao colocar-se ao lado da natureza em postura de coexistência¹⁰⁷.

Cabe considerar, a partir dos conceitos de cuidado expostos, que este se constitui e se caracteriza de forma semelhante, seja na atualidade, ou no período colonial. O ato de cuidar, desenvolvido hoje por profissionais de saúde, guarda muita semelhança com o ato de cuidar desenvolvido pelos índios, pelos jesuítas e pelos físicos no século XV e XVI.

A busca pela paz espiritual e pelo equilíbrio biológico e psíquico como elementos centrais das ações de cuidar demonstram a aproximação e a característica atemporal assumida pelo cuidado, além do respeito pela natureza e consumo de suas propriedades, sendo assim, independente do tempo ou do contexto, determinadas características permanecem e atuam como características definidoras do processo de cuidar.

3.2 ANTROPOLOGIA DA DOENÇA

Nos dias atuais, as práticas *médicas científicas* ainda convivem paralelamente com as práticas populares de cura, porém os bacharéis do saber médico atribuem ao seu domínio de conhecimento, o título de único apto a elucidar e esclarecer as etiologias e estabelecer padrões de cura para as doenças. Durante décadas, essa convivência, pouco harmoniosa, aconteceu na figura dos pajés, benzedeiros, boticários, feiticeiros, barbeiros, parteiras, sangradores e espíritas. Nos dias atuais ainda observamos, figuras como os espíritas, parteiras e nas aldeias indígenas os pajés, realizarem seus ritos de cura e dispensarem “tratamentos” aos que os procuram.

No que diz respeito à análise antropológica do termo doença, precisamos considerar os comportamentos e pensamentos particulares quanto à experiência da doença. Tais particularidades estão substanciadas nas diferenças socioculturais, antropologia cultural, e não advêm somente das distinções biológicas.

A importância dos cultos religiosos na interpretação e tratamento da doença tem sido amplamente reconhecida na literatura antropológica. Mais do que isso, os antropólogos têm frisado peculiaridades e aspectos positivos do tratamento religioso quando comparado aos serviços oferecidos pela medicina oficial. Ao invés das explicações reducionistas da medicina, os sistemas religiosos de cura oferecem uma explicação à doença que a insere no contexto sociocultural mais amplo do sofrimento^{108:47}.

Há que se considerar, entretanto, que a doença do ponto de vista antropológico, é analisada sob a ótica filosófica e cultural da enfermidade e da saúde. Kestenbaum¹⁰⁹ reforça esse pensamento quando nos direciona para um olhar cultural, analisando as distintas formas de se interpretar os processos de adoecer e de curar, antropologia cultural e do ponto de vista filosófico nos leva a refletir sob os aspectos relacionais da doença, da vida humana, das dimensões afetadas e dos seus sentidos.

Em uma análise global, a doença alvitra e imputa mudanças ao ser humano que vão além dos aspectos concretos e somáticos, e que interferem no contexto do ser humano que deve ser visto em sua integralidade. Olhar para a doença encarando-a meramente como moléstia, que aflige e aniquila as camadas mais densas do corpo e que destrói os tecidos e vísceras custando a morte, não demonstra o valor antropológico que o ser humano pluridimensional e plurirrelacional possui.

Adoecer do ponto de vista clínico e sindrômico, entendendo o processo de síndrome como um conjunto de sinais e sintomas, traz ao corpo expressões semiológicas importantes para o processo de compreensão da doença e de sua cura. Contudo, adoecer, como processo antropológico, atribui ao ser humano mudanças que estão no caminho contrário ao modelo biomédico de compreensão da doença, ou seja, que impactam nos valores, crenças, expectativas, sentimentos e demais elementos “invisíveis” do ponto de vista biomédico, pois a doença altera profundamente a percepção corporal da própria matéria⁸⁷.

Ao analisar a figura do corpo e suas relações com a saúde e a doença, observa-se que:

Muitas referências intuitivas governam a visão antiga da doença. As representações populares do corpo, em particular, constam nesta visão um papel que foi marcante durante muito tempo. É contra elas que as teorias científicas da Renascença no século XVIII tiveram que lutar. É contra elas que se renovou a compreensão do corpo doente e, em âmbito maior, a representação científica do corpo^{110: 445}

Estes mesmos autores, enfatizam que não se pode ignorar as influências sociais, culturais e as relações humanas. A visão da doença se modifica de acordo com os meios material e social que se vive. Segundo o autor, um exemplo para este fato é o de que na Renascença, a melancolia era admissível na elite da moda, porém se um sujeito menos favorecido sofresse um quadro sintomatológico similar, era qualificado como inerte e desinteressado pelo trabalho, fato que acontece nos dias atuais.

Cabe destacar, que o ser humano é relacional, determina o que ele é e em seu contexto global é dotado de corpo, alma e espírito, cuja unidade garante a resistência a qualquer tipo ou condição de destruição e morte. Deve-se considerar no significado de doença, que seu conceito perpassa pelo campo da vulnerabilidade, e apresenta uma relação íntima quando analisada neste contexto. Entendendo vulnerabilidade como a incapacidade do corpo de gerenciar suas defesas e estabelecer um “ponto neutro” de equilíbrio.

Nesta perspectiva para o homem existem dois caminhos e dois extremos, estar com saúde ou estar doente. De fato é na doença e no estabelecimento de seu conhecimento que se percebe o quanto o ser humano está vulnerável e sensível as mudanças de cunho biológico, espiritual e psicológico. Cabe exemplificar a mudança

comportamental atribuída ao curso de uma doença oncológica, quando o ser enfermo passa a ter conhecimento da doença, essa se estabelece de forma mais agressiva caracterizando como marco o processo de vulnerabilidade. “É a sabedoria do homem que conhece a causa de sua vulnerabilidade e a aceita como tal”⁸¹.

A doença parte de três premissas, quais sejam: é um dos aspectos da vida, apesar de possuir um caráter negativo; é um processo contínuo que se desenvolve no organismo do indivíduo e na interação deste com o meio ambiente em busca de equilíbrio; e a saúde deve ser pensada como um valor universal¹¹¹.

Este mesmo autor considera que a doença representa a perda do poder físico e da dignidade humana, sendo muitas vezes caracterizada a partir da culpabilização do indivíduo. Refere ainda que a doença em diversos contextos foi e é caracterizada como um perigo para a humanidade, tal fato acarreta muitas vezes em segregação dos doentes desde a antiguidade como acontecia com leprosos, doentes mentais e, nos dias de hoje, com pessoas que vivem com HIV/aids, por exemplo¹¹¹.

Quando esta análise é reportada para a contemporaneidade, em um recorte científico, observamos inúmeras doenças crônicas, autoimunes e inflamatórias que dependem do “equilíbrio do corpo” para a conquista da homeostase orgânica. Nesse sentido, para essas doenças que “não possuem cura e sim tratamento”, as prescrições dos especialistas vão além do campo farmacológico e se debruçam nas expectativas da evolução imunológica através de uma melhor qualidade de vida em seu contexto mais amplo.

Dessa forma, destaca-se que as doenças são ao mesmo tempo fenômenos biológicos objetivos e, estados, maneiras de ser pessoais¹¹⁰. A doença sempre significa uma crise e toda crise é sinônimo de desenvolvimento. O sintoma das doenças impõe o polo não vivido, desta forma obriga o indivíduo a fazer aquilo que ele não gostaria e abrir mão daquilo que gostaria de fazer¹¹².

Assim, a passagem da doença à saúde corresponde a uma reorientação mais completa do comportamento do doente, na medida em que transforma a perspectiva pela qual este percebe seu mundo e relaciona-se com outros¹⁰⁸.

A pessoa acometida por um processo de adoecimento utiliza palavras para expressar a sua doença e os profissionais da saúde são responsáveis por significar as queixas dos pacientes. Surge, desta forma, uma tensão entre a subjetividade da doença e a objetividade dos significados atribuídos pelos profissionais às queixas do paciente e que o levam a propor intervenções para lidar com esta situação¹¹³.

Desta forma, as sensações corporais experimentadas pelos indivíduos e as interpretações médicas dadas a estas sensações são realizadas de acordo com códigos específicos que pertencem a estes dois grupos. A capacidade de pensar, exprimir e identificar estas mensagens corporais está ligada a uma leitura que procura determinada significação. Esta leitura está na dependência direta da representação de corpo e de doença vigente em cada grupo¹¹⁴.

O corpo, acometido pela doença, é passível de diferentes leituras em busca de significados tanto para o doente, no processo de desencadear sintomas, como para quem cuida, quando persegue sinais e indícios no corpo do outro, a fim de determinar um diagnóstico que fundamente suas intervenções¹¹⁵.

Segundo o mesmo autor, o destaque ao sintoma como a única forma de acesso à doença no sentido hipocrático perdurou até o século XVIII. Para ele, com o advento da clínica anatomopatológica há uma reformulação do saber, onde a semiologia médica passa a ser um conjunto de técnicas que permite aliar a leitura dos sintomas com a pesquisa dos sinais¹¹⁵.

Neste sentido, enquanto para a epidemiologia as ideias de risco e causalidade de doença se expressam no plano individual e biológico, para a antropologia torna-se importante entender as relações entre saúde e condições de vida, incorporando também a visão dos usuários dos serviços de saúde¹¹³.

Desde as antigas organizações sociais tem-se buscado a resolução dos agravos à saúde humana por meio de práticas, valores, crenças e recursos populares. Neste sentido, ao considerar a relação saúde e cultura, não se deve restringir o pensamento ao modelo biomédico, cujo enfoque é a biologia humana e a fisiopatologia, que vê a doença como um processo biológico, uma vez que existem outros modelos, como dos chineses, hindus ou dos índios. Assim, as discussões mais recentes na antropologia questionam o modelo biomédico e concebem a saúde e a doença como processos psicobiológicos e socioculturais¹¹³.

No país, ocorre uma reafirmação da necessidade de respeito às culturas e aos saberes e práticas de saúde dos povos indígenas. No entanto, observa-se que, nas áreas indígenas a base para o cuidado ainda é o modelo biomédico hegemônico, em que os profissionais da saúde, geralmente não estão capacitados para atuar com modelos de atenção que levam em conta as abordagens integrais¹¹³.

Destaca-se que apesar de o índio aceitar e reconhecer a eficácia da biomedicina em determinadas doenças, recebendo os recursos oferecidos,

principalmente no caso dos fármacos, ele não deixa as suas próprias práticas de cura. E isso muitas vezes é visto de forma preconceituosa pelos observadores brancos ou não índios, que afirmam que a cultura indígena apresenta duas categorias de doenças: a doença dos índios, que os fazem recorrer aos especialistas nativos e a doença do branco, que precisa do remédio¹¹³.

Entre os povos indígenas a doença não é vista como um processo puramente biológico, mas como o resultado do contexto cultural e da experiência subjetiva. A experiência da doença é construída através dos eventos ocorridos no processo terapêutico e da interpretação destes eventos¹¹⁵.

Os processos que fazem parte da relação saúde-cultura entre os índios da selva amazônica são da mesma natureza dos que operam na nossa sociedade, apesar de existirem diferenças tanto nas teorias etiológicas quanto nos procedimentos terapêuticos. Para os índios, o processo terapêutico se caracteriza como uma negociação contínua sobre a interpretação dos sinais da doença e a escolha de terapia apropriada nesta situação pluriétnica com várias alternativas¹¹⁶.

A visão de mundo e de saúde pode ser resumida no aprofundamento de quatro conceitos chaves: *wahĩ*, *hun'i*, *'iko* e *dau*. A interpretação destes conceitos não é uma tarefa fácil, porque são símbolos multivocais e não se reduzem facilmente a uma só palavra em português. Eles aparecem tanto nos discursos cotidianos quanto nos rituais. São palavras, são coisas, são atributos e são, portanto, símbolos que carregam os princípios fundamentais da visão de mundo dos siona. Quando um siona cumprimenta o outro na maneira tradicional, ele indaga "você está *wahĩ*?" (*wahĩgĩ?*). Traduzindo esta frase, eles afirmam que quer dizer "Você está completamente vivo?". Embora possamos estar propensos a interpretar esta frase como "Você está bem?", a palavra *vivo* é mais adequada quando consideramos as respostas ao cumprimento. Geralmente alguém responde "Estou *wahĩ*", mas, se está doente, responde: "Estou *hun'i*" (*hun'iyĩ*), ou "eu estou morrendo". *Hun'i* opõe-se a *wahĩ*, e por isso a tradução melhor para "*wahĩgĩ?*" é "Você está vivo?" [...] ^{116:244}.

Pode-se dizer então que *wahĩ* é um estado positivo e dinâmico. É o tempo de crescimento e juventude. *Hun'i* significa estar morrendo, é o verbo oposto ao verbo *wahĩ*. O adjetivo- -chave é *podre*, com as qualidades estreitamente ligadas a quente, sujo, velho, escuro, decomposto e emaciado ou magro. Os siona representam a doença com as qualidades de magreza e calor, com objetos pretos ou sujos e com a velhice.

'iko é um elemento importante para influenciar o equilíbrio entre estas duas forças. Quando os siona querem contactar os agentes sobrenaturais que conferem vida e poder à realidade, reúnem-se com um mestre *xamã* para ingerir *'iko* ^{104:245}

[...] quando o homem se torna mestre-*xamã*, seu *dau* é o poder para curar ou causar infortúnio aos outros. Do *dau* vem sua habilidade para induzir estados

visionários com os estimulantes menores, como o *yoco*, 3 e os poderes curativos quando está suando. Sem *dau* ele é “só um homem”^{116:247}

Neste sentido, destaca-se que os índios conhecem centenas de plantas diferentes utilizadas para manter o bem-estar em todos os aspectos da vida. Há, por exemplo, o *íko* para garantir que as pessoas executem e desenvolvam corretamente suas tarefas. Tais remédios são tomados durante os ritos de puberdade ou quando um indivíduo não está cumprindo suas responsabilidades¹¹⁶.

Considera-se ainda a importante figura do pajé que desempenha, em áreas tradicionais e de colonização mais antiga, como o litoral paraense e as localidades ao longo dos rios principais, especialmente o Amazonas, o papel do médico popular. Dentre outras funções, o pajé pode caracterizar-se como o “experiente”, que conhece um grande número de remédios da flora e da fauna; o “benzedor ou a benzedeira”, que benze os doentes para propiciar a cura; e, se for mulher, a “parteira”. No entanto, nenhum desses especialistas pode, por si só, exercer as funções específicas do pajé, que é um xamã inspirado¹¹⁷.

A doença e a preocupação com a saúde estão presentes em todos os grupos sociais, que se organizam por meio de diversos elementos, dentre eles os culturais, para compreender e oferecer respostas aos episódios de doenças individuais ou coletivos. Desta forma, o sistema cultural de saúde destaca a dimensão simbólica da compreensão sobre a saúde e inclui os conhecimentos, as percepções e as cognições utilizadas para definir, identificar, perceber e explicar a doença¹¹⁶.

Todas as culturas possuem conceitos sobre o que é ser doente ou saudável. Possuem também classificações acerca das doenças, e essas são organizadas segundo critérios de sintomas, gravidade etc. As suas classificações, tanto quanto os conceitos de saúde e doença, não são universais e raramente refletem as definições biomédicas. Por exemplo, arca caída, cobreiro, quebranto e mau-olhado são consideradas doenças para vários grupos brasileiros, entretanto, não são reconhecidas ou tratadas pelos (bio)médicos. As classificações dessas doenças são organizadas segundo critérios próprios, os quais guiam os diagnósticos e terapias, cujos especialistas detêm elementos e materiais para tratá-las e as reconhecer como curadas ou não^{118:179}.

Dessa forma, a cultura oferece teorias etiológicas baseadas na visão do mundo de determinado grupo, as quais, frequentemente, apontam causas múltiplas para as enfermidades, que podem ser “místicas” e/ou “não místicas”¹⁰⁶. Estas diferentes percepções influenciam na forma de cuidar e compreender o processo de

adoecimento. As diversas crenças e percepções de mundo influenciam nas práticas dos diversos grupos sociais, que muitas vezes encontram-se mescladas, influenciadas e aprimoradas a partir do encontro entre diferentes culturas.

3.3 O ENCONTRO ENTRE INDÍGENAS E JESUÍTAS E SUAS PRÁTICAS DE CUIDADO

Figura 12 - O encontro entre indígenas e jesuítas



Fonte: SOUSA¹¹⁹.

No período colonial observa-se a abertura de espaço para ação catequética da Igreja Católica sobre a população negra e indígena. De acordo com os ideais da colonização, a “medicina da alma” deveria ser executada pelos padres jesuítas, e objetivavam a limpeza e a expiação dos elementos nocivos e diabólicos, já aos físicos, cirurgiões e boticários caberia empregar seus conhecimentos e habilidades para trazer alento aos sofrimentos do corpo e melhorar as condições gerais de salubridade⁵⁴.

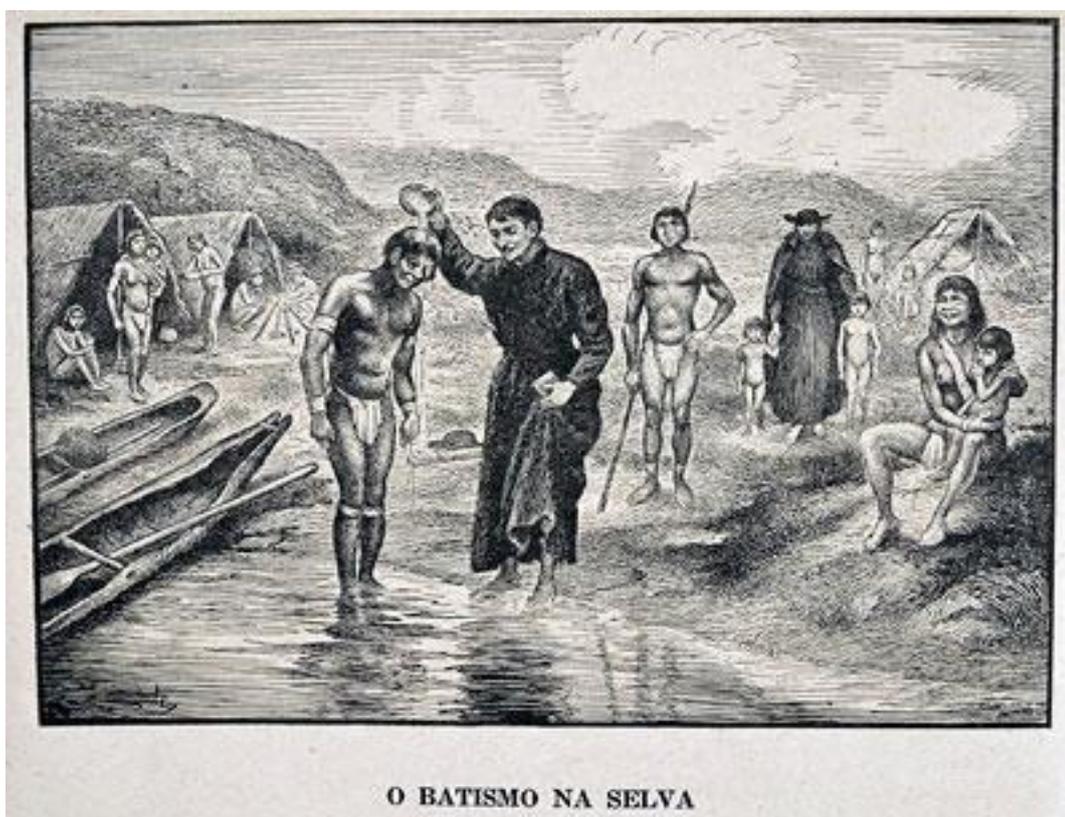
Embora competissem pela oferta de serviços médicos, as ordens religiosas, em especial a jesuítica – a primeira e mais influente do catolicismo lusitano,

foram aliadas fundamentais na afirmação do poder da medicina oficial, ao denunciar as práticas curativas populares como demoníacas^{118:1}.

Desde os primeiros momentos em que chegaram as missões jesuíticas o Brasil, o principal objetivo era de realizar o batismo dos nativos e catequizá-los. Com o tempo, a missão dos jesuítas passou a ser o enfrentamento das doenças e a cura, não mais restrita à dimensão espiritual, mas também a corporal e a terrena. Este enfrentamento gerou uma necessidade de reelaboração das práticas e intervenções evitando ser ofuscado pelo poder dos pajés¹²⁰.

O batismo era o signo por excelência de um novo e verdadeiro nascimento, que não é físico, mas espiritual. Signo da aceitação da conversão e de sucesso, para os missionários, de seu papel de evangelizadores, por esta razão possuía importância fundamental para a catequese⁵⁹.

Figura 13 - Indígenas e jesuítas em cerimônia de batismo



Fonte: FLECK¹²¹.

A ação jesuítica possuía um objetivo voltado para a propagação da fé católica, principalmente pelo contexto histórico em que se encontra, porém tem como um de seus princípios a exploração econômica da colônia juntamente com a obtenção de mão de obra indígena¹²².

A catequese era fundamentada em artifícios de conversão, que tinha como finalidade subjugar o índio a cultura religiosa e aos hábitos europeus, além de ser uma maneira de tornar o mesmo um trabalhador mais obediente e disciplinado. “O que resultou da pregação jesuítica não foi, porém um índio convertido, mas um índio subjugado, domesticado, que vendo desmoralizados os costumes a que estava arraigado, sem ter assimilado a fé que quiseram impor, não encontravam nem forças para viver”^{120,123}.

Os jesuítas eram percebidos como médicos espirituais e corporais, expressando, assim, uma evidente correlação entre a cura dos corpos e a perspectiva da conversão à fé cristã. Os relatos dos jesuítas demonstram que o último suspiro de muitos índios foi precedido de batismos. Anchieta dizia ainda que o batismo acabava com o caráter maligno das doenças, ocasionando milagres de cura⁵⁹.

A terapêutica popular realizada pelos índios, africanos e mestiços dominava a prática curativa da época. O sopro e a sucção de forças ou espíritos malignos, o uso de amuletos e o emprego de palavras mágicas, bem como a aplicação de poções, unguentos e garrafadas eram uma realidade. Feiticeiras e curandeiros responsáveis pela resolução de uma ampla gama de problemas ligados a tensões e conflitos cotidianos onde a cura terapêutica e a neutralização de feitiços possuíam um mesmo significado simbólico: a restauração de uma harmonia rompida¹¹⁸.

Os índios frequentemente faziam uso de magia nos processos de cura e de cuidado. No entanto, apesar dos rituais místicos, a medicina dos povos indígenas era dotada de observações empíricas, sendo por meio deste empirismo que os índios criaram uma farmacopeia à base de ervas dotadas de virtudes terapêuticas, que eram encontradas nas florestas¹²⁴.

O historiador Lourival Ribeiro¹²⁵ cita as “febres”, as disenterias, as dermatoses e o bócio endêmico como sendo as moléstias prevalentes entre os indígenas no início da colonização do Brasil. Os índios foram vítimas de doenças como sarampo, varíola, rubéola, escarlatina, tuberculose, febre tifoide, malária, disenteria, gripe, trazidas pelos colonizadores europeus, para as quais não tinham defesa imunológica^{51,64,106}.

Os surtos epidêmicos que aconteceram à época que gerou uma destruição importante entre os indígenas. Essas doenças apareceram nos anos iniciais das missões jesuíticas e o número de mortes diárias era alarmante e para os padres as causas das doenças eram espirituais, demoníacas¹²⁰.

Figura 14 - Epidemias e morte entre a população indígena



Fonte: BAPTISTA¹²⁶.

Conforme relato abaixo, o padre Jerônimo Porcel traduz no trecho abaixo a impressão da Companhia de Jesus sobre a situação devastadora^{54:233}.

Começava a enfermidade com uma intolerável dor de cabeça. Logo, torcia-se os olhos e perturbava-se a razão. Estendia-se o mal até o pescoço, e se tirava a faculdade de tragar e falar. Depois saíam úlceras tão feias na garganta que infeccionavam com seu mal cheiro em tal grau o hálito, que o mesmo enfermo parecia afogar-se entre insuportáveis ferimentos. Em seguida se cobria todo o corpo com uma erupção semelhante à lepra e nas entranhas se formavam uns vermes peludos de aspecto asqueroso que

causavam dores agudíssimas aos enfermos. Ao final, o rosto inchava horrivelmente e arrebetava em chagas [...]. Para onde me voltava, via senão chagas escuras, apostemas destilando pus e larvas, e em todas as partes se me apresentava o retrato da morte.

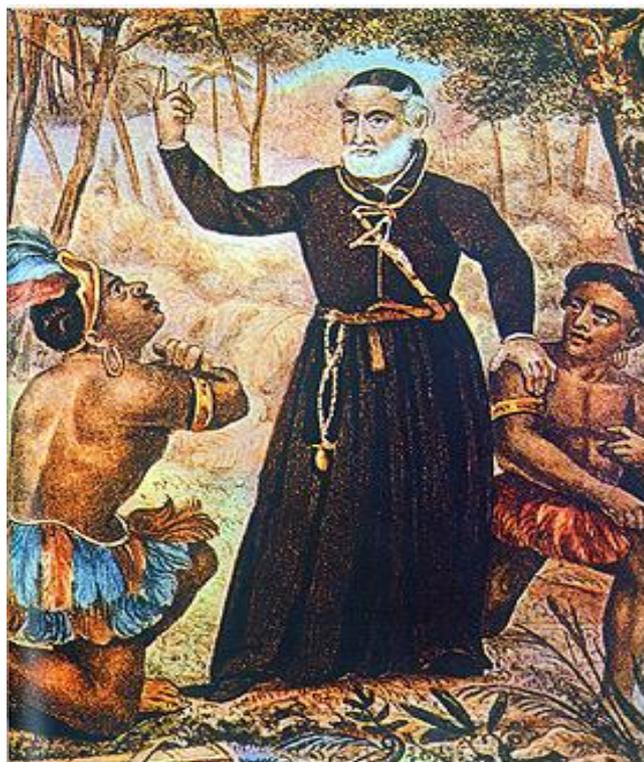
Coube aos jesuítas a tarefa missionária e educacional dos ameríndios, além de sua atuação na área da saúde, no tratamento de doenças e epidemias, fundando hospitais, estudando as plantas curativas da região e mantendo eficientes boticas e enfermarias⁵⁵. Nos anos 1630, já havia notícias de boticas – o equivalente às farmácias da época – nas quais podiam ser encontrados produtos como águas simples e espirituosas (águas florais e destiladas), infusões, xaropes, bálsamos e sais preparados no próprio povoado¹²⁷.

As boticas dos jesuítas eram, quase sempre, as únicas que existiam em cidades ou vilas. Treze jesuítas-boticários se instalaram no Brasil no século XVII e outros trinta no XVIII¹¹⁸.

Os medicamentos que supriam suas boticas vinham do Reino, mas a pouca frequência de chegada dos navios, as eventuais perdas por deterioração nas embarcações e nos portos e os altos preços obrigaram-nos, ao longo do tempo, a se voltarem para os recursos naturais oferecidos pela nova terra, ajudados pelos conhecimentos dos indígenas na decifração desta natureza estranha^{59:66}

Desta forma, os jesuítas não se limitaram aos aspectos religiosos e fizeram uso das plantas locais como ações de cuidado. Em 1626, o padre Juan de Salas preparou um xarope contra uma *enfermidade de catarro* que atingiu quase todo um povoado, curando alguns índios. Outro religioso observou que o agrião, planta rica em ácido oxálico, provocou melhora em indígenas que sofriam de disenteria¹¹⁴. “A saúde dos índios é motivo de preocupação nacional desde o tempo dos jesuítas, que muito se vangloriavam de atender aos enfermos aplicando-lhes mezinhas, sangramentos e os sacramentos na hora certa”^{124:94}.

Figura 15 – Interação entre índios e jesuítas no Brasil-colônia



Os jesuítas foram responsáveis não apenas pela cristianização indígena, mas também pelos seus cuidados à saúde

Fonte: MONTALTI¹²⁸.

Durante os três primeiros séculos da colonização brasileira, a população branca recorria às diversas formas de cura trazidas da Europa. No entanto, mesmo os portugueses que se tratavam com seus médicos, cirurgiões e barbeiros vindos de Portugal, não hesitavam, quando precisavam curar suas feridas, em se servir do óleo de *copaíba* utilizado pelos indígenas para esse fim¹¹⁸.

A medicina em Portugal, nos séculos XII e XIII, era exercida pelos eclesiásticos. Com o início da colonização do Brasil, os jesuítas mantiveram esta tradição de aliar a assistência espiritual e corporal ao trabalho de catequese. Além de receitar, sangrar, operar e partejar, eles criaram enfermarias e farmácias. Como as drogas de origem europeia e asiática eram raras e tinham um preço exorbitante, eles se valeram dos recursos medicinais dos indígenas^{118:31}.

A escassez de médicos formados por escolas de medicina na Europa fez dos jesuítas os responsáveis quase que exclusivos pela assistência médica no primeiro século de colonização do Brasil. Além de trabalharem incansavelmente na difusão da

fé cristã, os jesuítas também foram uma grande âncora da saúde na colônia. Alguns vinham de Portugal, já formados nas artes médicas, mas a maioria acabou por atuar informalmente como físicos, sangradores e até cirurgiões, aprendendo, na prática, o ofício na colônia, como José de Anchieta⁵⁹.

Apesar de a Igreja Católica não considerar o alívio aos doentes como uma atividade de religiosa, os jesuítas tinham desde 1576 uma autorização do papa Gregório XIII para praticar a medicina em regiões onde faltassem médicos. Os noviços, por exemplo, eram obrigados a fazer estágios em hospitais durante um mês¹²⁷.

No entanto, nas primeiras décadas do século XVII, os jesuítas recusaram-se a usar as ervas, folhas, resinas e bálsamos adotados pelos indígenas, condenando os métodos de cura empregados pelos xamãs, como a sucção e pequenas incisões. Assim como o uso das ervas tradicionais indígenas, o isolamento dos doentes só foi adotado após muita observação dos padres jesuítas¹²⁷.

Os jesuítas foram exímios observadores da fauna e da flora brasileira, identificando variadas espécies e cultivando as de efeitos curativos. Levaram para a Europa o conhecimento das virtudes terapêuticas de raízes, caules, folhas, cascas, sumos, polens, minerais e óleos. Todos os aldeamentos indígenas na colônia foram alvo da ação jesuítica na área da medicina e da saúde e dentre os desafios enfrentados pelos jesuítas na prática de suas artes médicas, as epidemias de varíola devastaram a população ameríndia⁵⁹.

Desta forma, as experiências realizadas com plantas medicinais nativas, e providências como o isolamento de doentes, o enterro adequado e a desinfecção dos ambientes das enfermarias e hospitais, associadas à manutenção de práticas mágico-rituais tradicionais, parecem mostrar que os jesuítas não deixaram de lado seu maior objetivo, qual seja: garantir a saúde das almas e dos corpos daqueles que buscavam converter¹²⁷.

CAPÍTULO 4 - O DIÁLOGO ENTRE PORTUGUESES E ÍNDIOS NO PERÍODO COLONIAL E SUA INFLUÊNCIA PARA A CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO NO BRASIL

Não há curandeiros. O direito de curar é equivalente ao direito de pensar e de falar. Se eu posso extirpar do espírito de um homem certo erro ou absurdo, moral ou científico, por que não lhe posso limpar o corpo e o sangue das corruções? A eventualidade da morte não impede a liberdade do exercício. Sim, pode suceder que eu mande um doente para a eternidade; mas que é a eternidade senão uma extensão do convento, ao qual posso muito bem conduzir outro enfermo pela cura da alma? Não há curandeiros, há médicos sem medicina, que é outra cousa^{129:186}.

No momento da chegada dos portugueses, os povos indígenas da costa brasileira conheciam e vivenciavam certas doenças e práticas curativas, denominadas nesta tese de práticas de cuidado. Os europeus introduziram novas doenças, que exerceram grande impacto na vida dos povos indígenas, seja no processo de vida, adoecimento e/ou morte. O conhecimento adquirido acerca das doenças que foram trazidas e daquelas às quais os índios passaram a conviver, bem como das práticas de cuidado desenvolvidos no país a partir do encontro entre os dois povos é de grande relevância. Nesse sentido, neste capítulo buscou-se caracterizar a influência do encontro entre índios e portugueses para as práticas de cuidado desenvolvidas no Brasil.

O período colonial para os europeus foi marcado por inúmeras descobertas, encontros e surpresas. “Ao chegarem às costas brasileiras, os navegadores pensaram que haviam atingido o paraíso terreal: uma região de eterna primavera, onde se vivia comumente por mais de cem anos em perpétua inocência”^{130:8}. Do outro lado do além-mar, em uma Europa marcada no século XVI por sua libertação do processo hegemônico do catolicismo, a visão que se enlevou no litoral da costa brasileira foi fascinante.

Os navegantes e aventureiros normandos, ingleses, irlandeses e até alemães trouxeram de volta às suas pátrias as histórias impressionantes desse paraíso, sem maldades nem desonras, cheio de bonança e abundância, com igualdade e generosidade de todos e para todos. E com uma brutalidade que lhes parecia ingênua e insensata, como de crianças^{68: 37}.

Contudo, para o índio, o território ora exuberante e surpreendente para os europeus, estabelecia-se como cenário de sua realidade e demarcava o contexto de sua existência social, cultural e física. Para os índios, o até então, paraíso perdido para os europeus, se fazia uma realidade física e cultural, criada por centenas de práticas diversas, mas assemelhadas entre alguns milhões de pessoas⁶⁸.

De um lado, colonizadores, idealistas e fundamentados por um dogma religioso que adjetivava características próprias a esse grupo, quais sejam: superioridade, supremacia, descaso e domínio e, do outro, colonos heréticos, incestuosos, de hábitos animais, feiticeiros, pagãos, polígamos e que deviam se enquadrar em um regime de colonização autoritária, escravista e modulador.

Cumprir destacar o modo primitivo de agir e viver dos silvícolas, seus hábitos, costumes e práticas baseadas na simplicidade e no conhecimento acerca dos segredos da terra, sua tradução e sua utilização, confrontava-se com a cultura trazida pelos portugueses, pautadas em um modo de vida impregnado de costumes, hábitos e modismos adquiridos ao longo dos séculos, quanto do contato com diferentes povos.

Neste processo de ocupação humana a participação do indígena faz-se à larga, torna-se necessária, revela-se indispensável. O indígena conhecia os segredos da terra, sabia traduzi-los e utilizá-los; são os indígenas canoieiros e remeiros, onde é preciso desbravar o mato e abrir caminhos; são eles que ensinam o uso das árvores nativas, raízes ou frutos, para a alimentação, e sabem as plantas onde se conserva água para dessedentar os viajantes; são eles que transmitem técnicas de caça e de pesca, logo aceitas pelo colonizador; são eles ainda que perscrutam os caminhos, descobrem os segredos da mata, atentam contra os perigos de feras ou inimigos^{131:21}.

Características orgânicas, do ponto de vista microbiológico, imunológico, bacteriológico e patogênico marcaram o contato português com o povo indígena e trouxeram para a população silvícola drásticas consequências, a ponto de dizimar parte da população indígena devido à sua imaturidade imunológica.

Civilizar, explorar, exterminar, povoar, conquistar e dominar se estabeleceram como características iniciais do processo de colonização. Contudo, a ação da Igreja Católica sobre a população indígena, chamada pelos jesuítas de “medicina da alma” dirigia-se à purificação e remoção dos elementos nocivos e diabólicos do corpo, enquanto aos físicos (como eram chamados os clínicos da época), cirurgiões e boticários competiria aplicar sabedoria para trazer alento ao sofrimento do corpo e melhorar as condições gerais de salubridade.

Os jesuítas, os índios [...] em suas crenças e gestos, eram um povo do demônio, que não possuía razão por não conhecer Deus⁵⁴. Souza^{132:28}, no diz que “constatada nos hábitos e na vida, confirmada nas práticas mágicas e na feitiçaria, a demonização do homem colonial expandiu-se da figura do índio”.

Com o progresso do processo de colonização e as distintas concepções e referências de cuidado, saúde e agravos ao corpo, partilhadas por índios e europeus, amalgamaram-se numa complexa fusão de crenças e práticas que constituíram o desenvolvimento de práticas de cuidado cujos reflexos são vistos na atualidade.

Todos os povos e culturas vivenciam ou vivenciaram em sua construção, o processo de adoecimento e necessidade de cuidados. Essa proposição está sugestionada pelos danos ao corpo físico e espiritual decorrentes do processo de saúde e doença e da necessidade de intervenções de cuidado focadas na cura e restabelecimento do ser humano. Cumpre destacar, que o fato citado, desde de os primórdios, impulsiona as civilizações e seus povos a construir processos de cuidado visando o enfrentamento destes agravos.

No que diz respeito à população indígena, a construção de práticas de cuidado valia-se de um processo de construção empírico e intuitivo, que não obedecia as causas naturais, mas sobrenaturais, sem quadro etiológico definido. Desta forma, o processo de cuidar dos silvícolas, não possuía etiologia natural, racional, nem sintomatologia e patologia definida⁵.

Contudo, os processos estabelecidos pelos índios, crenças e rituais espiritualizados, davam resultados extraordinários e eram observados pelos colonizadores, causando forte impressão positiva aos que vivenciavam e estavam inseridos neste processo.

Para os curandeiros indígenas, os doentes significavam indivíduos possuídos por espíritos sem luz, logo, as doenças só eram curadas com a retirada dessas influências do corpo do doente. Neste sentido, a maioria dos diagnósticos e do tratamento indígena estava impregnada de representações espiritualizadas e mágicas.

Procedimentos como sucção, sopro, fumigação, hidroterapia, jejum, fitoterapia, organoterapia e excretoterapia, unturas e cirurgia, constituíam a época da colonização algumas das práticas de cuidado do índio, que mesmo que incipientes contribuíram bastante para a construção do cuidado no Brasil⁵.

Os índios brasileiros, à época da chegada dos europeus as terras brasileiras (1500), apresentavam um comportamento cultural de temor e obediência aos seus líderes de tribo. Nesse contexto, o pajé apresentava-se como uma figura de extrema importância dentro das tribos indígenas do Brasil. Possuidor de conhecimentos, ele é a figura indígena mais experiente e detentor da sabedoria, história da tribo e de seus ritos.

No que diz respeito às doenças e aos males que acometiam a saúde de algum componente da população da tribo, o pajé, quem possuía a função de curandeiro, era responsável pela seleção das ervas e plantas que seriam utilizadas para a “cura”.

O encontro entre o português e a mulher indígena foi um dos fatores responsáveis pela disseminação de doenças venéreas, como a sífilis, e outros agravos como a varíola e a tuberculose. Outro fator que contribuiu para o enfraquecimento e decadência do povo indígena foi o hábito de ingerir bebidas alcoólicas, particularmente a aguardente de cana, que dizimou milhares de vidas¹³³.

Dentre as moléstias que acometiam o indígena, destacam-se: a boubá, o bócio endêmico, a malária, parasitoses e dermatoses, disenterias e febres inespecíficas, acidentes, envenenamentos, mordedura de animais venenosos, ferimentos de guerra e doenças introduzidas pelo contato com os colonizadores^{5,134}.

A terapêutica indígena possuía fundamentação nos valores medicinais das plantas, sendo ainda empregados como medicamentos fluidos orgânicos e fâneros, como sangue, saliva, urina, cabelo, dentre outros¹³³⁻¹³⁴.

As cirurgias se restringiam, na maioria das vezes, às amputações e às suturas realizadas com cipó e sangrias. Sua indicação normalmente estava associada com ferimentos resultantes de enfrentamentos ou acidentes, e a imobilização de membros fraturados era feita em compridas folhas de palmeiras¹³³⁻¹³⁴.

A escarificação e a sangria eram de uso corrente entre os indígenas. A escarificação era realizada pelo pajé, que friccionava a folha de urtiga na parte inflamada ou dolorosa do corpo e posteriormente esfregava uma pedra afiada até ocorrer sangramento. A sangria era realizada em veia frontal ou da perna, utilizando objetos cortantes como dentes de animais, bicos de pássaros, lascas de taquara, cristal de rocha e outros. Esses procedimentos eram indicados para tratar várias doenças e para purificar jovens púberes, cujas mães, utilizando dentes afiados de animais, faziam-lhes incisões em várias partes do corpo, que provocavam dores e sangramento por certo tempo^{133:12}.

A flebotomia encontra raízes nos tempos clássicos da medicina, manuscritos e gravuras da Idade Média relacionam as veias que devem ser incisadas. Desta forma, sobre esta prática existe uma dúvida se eles já a realizavam ou se aprenderam com os europeus colonizadores, jesuítas inclusive, ou até mesmo por João faras, cirurgião de D. Emanuel¹³⁴.

A mulher indígena, quando grávida, não deixava as ocupações de hábito, trabalhando no ritmo costumeiro, de sol a sol. Isso nada obstante, ou mesmo, devido a essa atividade, dava-lhe normal o parto, que sempre ocorria entre um abrir e fechar d'olhos [...] quando estas índias entram em dores de parir, não buscam parteiras [...] parem pelos campos, ou em qualquer outra parte [...] e acabando de parir, se vão ao rio ou fonte, onde se lavam, e às crianças que pariram^{134:27}.

Muitas mulheres indígenas a fim de evitar a gravidez retiravam regularmente no fim da estação chuvosa considerável quantidade de sangue. Desta forma, conhecendo previamente ou tendo aprendido com os físicos europeus, os índios praticavam a sangria indiscriminadamente e sem os cuidados necessários¹³⁴.

Até a chegada dos portugueses, os índios eram curados pelo pajé, misto de sacerdote e feiticeiro, que dizia manter relações sobrenaturais com os espíritos dos animais das florestas e que era o indivíduo mais respeitado e temido da tribo. Posteriormente à colonização, começaram a sofrer influências dos jesuítas nos processos de cura e educação¹³⁴.

Educadores, instruídos, botânicos, naturalistas, argutos observadores, os jesuítas, bem orientados, exerceram com vantagem, porque não dizer, com êxito, a medicina no Brasil primevo, superando a primaríssima arte indígena de curar. Dos silvícolas, no entanto, aprenderam a conhecer a rica flora brasileira, que profunda e proficuamente estudaram, exportando, ao depois, para o Velho Mundo – onde difundiram o conhecimento de inúmeras plantas curativas do Brasil – raízes, folhas, óleos medicinais (...) os homens do “hábito-negro” procuraram, logo chegados a terra de “Santa Cruz”, conhecer as “medicinas” do Brasil^{134:36}.

Certamente, o processo espantoso de evolução da medicina, até os dias atuais, sofreu interferência direta da cultura indígena e favoreceu ao aprimoramento e desenvolvimento de novos modelos diagnósticos, semiológicos e terapêuticos.

O anteceder do Brasil Colônia, retrata uma série de práticas de cura, utilizadas pelos silvícolas e que tiveram importantíssimo papel na terapêutica desses povos. Para os habitantes ainda desconhecidos e sem influência da cultura europeia, era comum o uso da sucção, do sopro, da fumigação, da hidroterapia, do jejum e da

fototerapia no cuidado ao próximo. Cabe destacar, que as tribos possuíam diferentes crenças e formas de realizarem a cura, porém sempre baseadas nas questões de ordem espiritual e sobrenatural.

De maneira geral, entre os índios, nas mais diversas aldeias, o tratamento e a cura de doenças eram realizados pelos pajés, através de exercícios mágicos. Para os índios, os poderes poderiam ser usados para curar e provocar doenças, razão pela qual é comum atribuir a origem de doenças aos feitiços.

Na concepção indígena, enfermidade e falecimento estavam atrelados ao maligno e aos processos espirituais de libertação da alma. Neste contexto, os Pajés, responsáveis pelas curas, buscavam a libertação e a descoberta de espíritos provocadores dos males, utilizando como artifício o diálogo com os espíritos, a interpretação dos sonhos e até mesmo o uso de substâncias da natureza.

Os silvícolas utilizavam a experiência e a observação como forma de aprendizado, onde os Pajés após elegerem os seus multiplicadores, os faziam acompanhar os procedimentos, e os apresentava aos discípulos. A partir desse momento, a ingestão de porções mágicas e jejuns demorados eram apenas alguns dos ritos de iniciação a que eram submetidos os discípulos¹³⁵.

Na prática médica atual, observamos o quanto se faz importante a anamnese na busca do diagnóstico e na cura das doenças. Os elementos obtidos junto ao paciente cooperam para um melhor entendimento dos sintomas¹³⁶, podendo ainda servir de auxílio para direcionar o raciocínio clínico do profissional¹³⁷.

Na prática indígena, a cultura para o atendimento aos males estava baseada em princípios similares, recepcionando o enfermo e o inquirindo acerca dos seus hábitos e espaços por onde tinha passado e posteriormente iniciava-se o rito de cura, através do culto ao sobrenatural.

Nesse contexto, destacam-se o uso de algumas substâncias por índios e jesuítas que possuíam atuação direta no reestabelecimento dos enfermos, substâncias estas que algumas vezes se complementavam, ou que simplesmente eram apresentadas a um grupo ou outro, conferindo a troca de experiências e conhecimentos, compondo práticas de cuidados únicas e características do Brasil.

Onde de um lado, encontravam-se jesuítas e físicos-mor com seus conhecimentos aprimorados de química e biologia, com seus remédios, boticas e cuidados institucionalizados em enfermarias, que prestavam serviços de elevado grau de contribuição aos índios, e de outros, estes índios com seus conhecimentos

empíricos e intuições acerca dos insumos da natureza para o auxílio no tratamento, cura e cuidado de enfermos, que também contribuíram para as práticas médicas desenvolvidas na Europa.

Neste sentido, o uso do Tabaco, a aplicação de calor e defumação, massagens, fricções, sucção, escarificação; uso de plantas psicoativas como a Jurema (*Mimosa nigra*; *M. hostilis*), a Ayahuasca ou Hoasca (*Banisteria caapi* & *Psychotria viridis*), o Paricá (*Piptadenia peregrina*, *P. macrocarpa*) eram convencionais. A utilização de sangue e saliva humana, bem como material de origem animal, como: ossos, chifres, sangue, gordura de onça e até mesmo sapos queimados era comum na pajelança¹³⁸.

Do ponto de vista das técnicas, a sucção desempenhou um enorme papel na terapêutica dos silvícolas. A aplicação de sucção na pele era utilizada para tratamento dos locais ulcerados e retirada de intoxicações exógenas, como por exemplo, picada de animal peçonhento; corpos estranhos e produtos provenientes do processo infeccioso que ora se instalava.

A intervenção era ritualizada, através um rigoroso processo de chamamento do espírito, porém tinha o desígnio de expurgar aquilo que lhe era estranho ao corpo, expelindo de sua boca, o que fora sugado durante o processo, mantendo à distância do corpo do doente. Levando-nos a crer que se imaginava uma contaminação etérea e que a expurgarem de sua boca estariam se livrando também do espírito que poderia possuí-los durante o processo de cura.

Freud¹³⁹ em *Totem e tabu* descreve que a primeira realização teórica do homem foi à criação dos espíritos, manifestando sua inquietação com as origens do aforismo animista e com a volatilidade com que os espíritos eram compreendidos em suas projeções peculiares de cada homem.

A obra do frei André Thevet, *Singularidades da França Antártica*, trazido ao Rio de Janeiro pelo conquistador Villegaignon, em 10 de novembro de 1555, onde permaneceu até 31 de janeiro de 1556, é um dos relatos pioneiros sobre o início da colonização no Brasil, e descreve uma observação importante acerca da sucção:

Assim, quando um doente estertora, sentindo qualquer humor no estômago ou nos pulmões, não podendo expeli-lo, por debilidade ou por outro qualquer motivo, dizem os profetas ser q alma do doente que se queixa. E, para curar o mal, chupam a parte dolorida, julgando deste modo extrair o incômodo. Também os selvagens em geral, é certo, se sugam reciprocamente, mas não com a mesma fé e ânimo dos pajés^{140:221}.

As mulheres procedem de modo diverso. Põem um longo fio de algodão de uns dois pés na boca do paciente, por meio do qual sorvem e pensam que estão expelindo o mal. E se alguém fere outrem, de propósito ou não, também se encarrega o ofensor de chupar a chaga do Ferido, até que cure^{140:221}.

Do ponto de vista da originalidade cultural do pajé, a medida que o corpo apresentava-se necessitado de ajuda, suas práticas curativas se replicavam. Um exemplo que pode ser notado é o fato da utilização da sucção para tratamentos em doenças que surgiram ao longo da história indígena, como a bolba, doença conhecida como framboesia, termo empregado devido à semelhança das pápulas (lesão sólida e elevada da pele) agrupadas em forma de cacho com o fruto.

Merece destaque, a evolução histórica dos modelos diagnósticos e suas evidências, que definem o contágio da patologia supracitada através do contato com os humores do indivíduo contaminado, o que acontecia deliberadamente através do processo de sucção¹⁴¹.

Outro problema comum entre os indígenas era a tungíase, doença causada pela penetração do inseto sifonáptero (*Tunga penetrans*), que além de serem retiradas com auxílio de estiletes, também eram removidas através da sucção.

[...] criam-se em casas despovoadas, como as pulgas em Portugal... nos quais lugares estes bichos saltam como pulgas nas pernas descalças; mas nos pés é a morada a que eles são mais inclinados, mormente junto às unhas... doem muito ao tirar, porque estão metidos pela carne, mas os preguiçosos e sujos, que nunca lavam os pés, deixam estar os bichos neles, onde vêm a crescer e fazerem-se tamanhos como camarinhas e daquela cor; porque estão por dentro todos cheios de lêndeas e como arrebetam vão estas lêndeas lavrando os pés, do que se vêm a fazer grandes chagas [...] ^{142:318}.

Yves d'Évreux religioso e entomólogo francês, que participou da expedição enviada em 1612 ao Maranhão, pelo governo de seu país. Em sua obra *Viagem no norte do Brasil*, caracterizou os processos curativos dos pajés da seguinte forma:

Esses bafejos lhe são muito particulares, como cerimônias necessárias para curar o enfermo, porque vós o vedes puxar pela boca, como pode, o mal, dizem eles, do paciente, fazendo-o passar para a boca e garganta dele, inchando muito as bochechas, e deixando delas sair de um só jato o vento aí contido causando estampido igual de um tiro de pistola, e escarrando co grande força, dizendo ser o mal, que havia chupado, e fazendo acreditar ao doente^{143:313}.

O processo de sucção por si só impressionava, porém o pajé se utilizava de um gestual forte e de alaridos excessivos, fortalecidos pela fragilidade do indivíduo acometido pelas moléstias e sucumbido pela vontade de se curar. Quando de fato os

agravos eram menores e a cura era realizada, o pajé se fortalecia na crença de que o mal de fato havia sido expurgado do corpo. Contudo, quando a gravidade era maior e a cura não acontecia o pajé não se abatia e nem se ajuizava fracassado, a esses casos eram dadas sentenças de malignidades incuráveis e o indivíduo era entregue a própria sorte.

Quando analisamos sob a ótica contemporânea observamos que a sucção possuía uma base racional. Simulava o emprego de uma ventosa, tratamento que consiste em trazer as células doentes do sangue, do interior do corpo para a superfície, por fortes absorções, recuperando as células doentes.

Nos dias atuais observamos o emprego de ventosas como modalidade complementar do tratamento por congestão local, utilizando o estímulo por sucção em áreas previamente delimitadas, tratamento este denominado de ventosaterapia e que possui como base conceitual e fisiológica a melhora da oxigenação e irrigação tecidual¹⁴⁴.

Outra aplicação contemporânea, que utiliza a sucção como base conceitual é a técnica de vacuoterapia ou dermotonia, técnica de massagem não invasiva que emprega a pressão negativa motivada por um sistema a vácuo, associada a um sistema de ventosas, que utiliza a pressão positiva.

A utilização da pressão negativa sobre a pele determina a melhoria do fluxo sanguíneo e linfático permitindo a melhoria do processo de oxigenação tecidual e reabsorção linfática, atuando ainda no processo fisiopatológico da cicatrização com importante atuação na fase proliferativa e, sobretudo, na angiogênese, que se constitui na etapa fundamental do processo de cicatrização, na qual novos vasos sanguíneos são formados a partir de vasos preexistentes¹⁴⁵.

De todas as terapêuticas curativas utilizadas pelos silvícolas, o sopro foi talvez o mais marcante dos artifícios na busca pela cura e utilizada amplamente em todas as cerimônias e atos da pajelança. Na crença aborígene, o sopro significava a cura, mas também significava a infelicidade e a morte.

No entendimento de d'Évreux, na obra supracitada, o sopro, chamado por ele de bafejos, era a forma de revelar-se o feiticeiro. Essa visão era de fato uma forma de qualificar uma das diversas facetas do pajé e apresentar o ofício, daquele que munido do maracá, tratavam os doentes com ervas medicinais e com esconjuros, através do bafejo com tabaco, para afastar os espíritos.

Na fala de Claude D'Abbeville, buscando descrever os desempenhos do pajé, nos apresenta o emprego da sucção e o sopro, quando narra:

Predizem a fertilidade da terra, as secas, as chuvas e o mais. Além disso, fazem crer ao povo que lhes basta soprar a parte doente para curá-la. Por isso, quando adoecem, os índios os procuram e lhes dizem o que sentem; imediatamente os pajés principiam a soprar a parte doente [...] ^{146:233}.

Os pajés, além de usarem o sopro em seus ritos mágico-religiosos, utilizavam como veículo, o tabaco e lhe atribuíam propriedades terapêuticas e energéticas, considerando-o capaz de curar muitas doenças e afastar os espíritos malignos. Consistia em uma espécie de excitante injetado no doente e que precedia o ato de sucção para expurgar os males na retirada de corpos estranhos.

O tabaco também era utilizado amplamente pela população indígena no Brasil durante os rituais de cura e a fumaça derivada de sua queima era tida como consolidação dos efeitos milagrosos desta planta¹⁴⁷. Era considerado abençoado entre a população indígena, por apresentar efeitos curativos, bem como por possuir características simbólicas e místicas durante os rituais em que era utilizado¹⁴⁸⁻¹⁴⁹.

Contudo, em 1550, os efeitos medicinais observados pelos portugueses decorrentes da utilização do tabaco, fizeram com que esta planta viesse a ser chamada de “erva santa”, capaz de curar dores de cabeça, males do estômago, úlceras cancerosas, gengivites, fistulas, além de outras doenças¹⁵⁰.

Em 1648, João de Laet, destacou em sua publicação denominada a História Natural e Médica, que o tabaco se apresentava como planta “preciosa, nobilíssima e excelente¹⁵⁰. Guilherme Piso, médico holandês, formado pela Universidade de Caen, na França, vindo ao Brasil junto de João Mauricio de Nassau, durante a ocupação holandesa no Nordeste brasileiro, complementou em sua obra que o tabaco era importante para o tratamento de feridas no corpo e de verminoses¹⁵¹.

No entanto, cabe considerar que na atualidade o uso do tabaco tem sido amplamente questionado devido aos efeitos nocivos e potencialmente agressivos ao organismo humano, principalmente quando utilizado para o fumo em suas mais diversas modalidades, sendo associado a quadros neoplásicos, doenças vasculares, distúrbios respiratórios, dentre outros.

Contudo, cumpre destacar que a planta *Nicotiana Tabacum*, possui grande facilidade de transformação do ponto de vista genético, e tem sido fonte de pesquisa

para diversos estudos na busca de efeitos terapêuticos e medicinais. Nos dias atuais o tabaco possui grande relevância junto à indústria farmacêutica na produção de medicamentos e na busca por novos agentes alopáticos na cura de doenças e tratamento das mais diversas patologias.

Destaca-se sua aplicação na produção de albumina humana por meio da transformação plasmidial, sua aplicação na produção de medicamentos contra o vírus ebola e contra a malária, dentre outros.

Curam as flechadas penetrantes, e outras feridas de que se vêm em perigo, de um estranho modo, fazendo em cima do fato um leito de varas largas uma das outras, sobre as quais deitam os feridos com as feridas, boca abaixo em cima deste fogo, pelas quais com a quentura, se lhes sai todo o sangue que tem dentro e humidade; e ficam as feridas sem nenhuma humidade [...]^{142:274}.

No texto acima, é possível observar que além do sopro e da sucção, outro processo bastante utilizado na cultura da cura indígena, foi à fumigação, processo geralmente de iniciação da cura, que se utilizava da fumaça de ervas sagradas sob os ferimentos, através do calor quente. Algumas cerimônias consistiam apenas em fumar o paciente enquanto realizavam-se os ritos de reza e invocações aos espíritos.

Nesse contexto, observa-se também através das narrativas da época, que a fumigação proporcionava um estado alterado de consciência e possuía valor significativo na cura de doenças que ora apresentavam-se como de difícil resolução no Velho Mundo. Fato observado na redação de Anchieta em carta enviada em 1560 ao Pe. Geral, escrita em São Vicente:

Quanto ao cancro (cujo tractamento até hoje é tão difficil) facilmente é curado pelos índios. Curam da maneira seguinte essa moléstia, que conhecem pelo mesmo nome que nós. Aquecem ao fogo um pouco de barro de - panella, bem amassado, e pregam quente, quanto a carne possa tolerar, nas raizes do cancro que morre, pouco a pouco; repetem isto tantas vezes, até que, amortecidas as raizes despegam-se do corpo e caem por si mesmas. Isto se provou pela experiência, um dia destes, em uma criada de portuguezes, que sofria desta moléstia. (Carta de Anchieta ao Pe. Geral, em maio de 1560)^{20:361}.

Em sua carta Anchieta relata brevemente os benefícios da fumigação na cura dos cancros, porém há um desconhecimento explícito, das diversas formas de neoplasias que poderiam acometer o indivíduo, condicionando a fumigação a todo e qualquer tipo de neoplasias que viessem a acometê-los.

Atualmente a fumigação é utilizada em larga escala, em portos, aeroportos e fronteiras com a finalidade de evitar a disseminação de pestes, associadas a itens em tráfico internacional, nos procedimentos de controle de risco biológico nos laboratórios e também no controle de pragas através de dispersão espacial de aerossóis, como, por exemplo, no combate ao mosquito *aedes aegypti*, responsável por doenças como dengue, chikungunya e zica vírus. Do ponto de vista clínico a fumigação permanece como modalidade terapêutica utilizada pela medicina alternativa, na cura de doenças.

Outra técnica utilizada pelos índios é a hidroterapia, um dos métodos mais antigos para tratamento e prevenção de doenças. Está documentado que foi usada por diferentes culturas, incluindo os egípcios, chineses, judeus, gregos, índios e os primeiros habitantes da América para tratar várias doenças.

É fundamentada pelo emprego de água na superfície corporal estando indicada atualmente para a medicina preventiva e fortalecimento corporal. Suas propriedades terapêuticas podem intervir de forma eficaz em doenças como trauma múltiplo, reumatismo e o aparelho digestivo patológico, respiratórias.

Américo Vespúcio observou que, frequentemente, quando o índio tinha febre e as elevadas temperaturas os afligiam, imergiam em um banho de água gelada e depois corriam ao redor de uma fogueira, e era levado ao descanso e sarava¹⁵². Os silvícolas utilizavam-se de banhos quentes com ervas de cheiro, e utilizavam plantas aromáticas como objeto de fricção durante à balneoterapia. Já os pajés, utilizavam a água para infusão de ervas ditas curativas e milagrosas, para banhar os indivíduos doentes¹⁵².

No Brasil a técnica de Hidroterapia é utilizada até os dias atuais, porém foi introduzida como prática de cuidar em 1922, na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, através de banhos de água salgada e água doce. Nesta época a Santa Casa de Misericórdia possuía sua entrada principal banhada pelo mar e utilizava-se de água do mar e água da cidade para promover os seus banhos¹⁵³.

Na atualidade, a hidroterapia se apresenta como uma técnica importante na reabilitação de pacientes com distúrbios neurológicos e neuromusculares, utilizando banhos aquecidos, tépidos e frios. A utilização deste processo terapêutico proporciona relaxamento muscular, liberdade de movimentos, relaxamento e fortalecimento muscular, além de diversos benefícios para todo organismo.

A água pode ser empregada de diferentes maneiras como recurso terapêutico, não se restringindo somente ao tratamento e reabilitação, mas também na profilaxia de eventos futuros, conforme o Quadro 3¹⁵⁴.

Quadro 3 - Técnicas contemporâneas que se utilizam da água como recurso terapêutico - Rio de Janeiro – 2016

Terapêutica	Aplicabilidade
Balneoterapia	Utilizado no tratamento de pacientes que apresentam processos de Queimaduras extensas.
Compressas úmidas	Utilizado nos quadros álgicos e nos processos que necessitem de redução da temperatura corporal.
Crioterapia (banhos a baixas temperaturas)	Utilizado na recuperação do desgaste muscular, após atividade física excessiva.
Talassoterapia (banhos com água do mar)	Utilizado para o tratamento de processos alérgicos, doenças respiratórias, eczemas, urticárias e etc.).
Fangoterapia (banhos de argila)	Utilizado na desintoxicação do organismos, pois favorece a eliminação de toxinas e aumenta as defesas corporais.
Crenoterapia (banhos mineralizados)	Utilizado no tratamento da dor lombar crônica, da artrite reumatoide estabilizada, a psoríase e a fibromialgia.
Saunas (banhos com vapor de água)	Utilizado na desintoxicação do organismo, expelindo do sangue, da pele e do cérebro os sais, gorduras e toxinas.
Turbilhão (jato de água)	Utilizado principalmente para artrites, entorses, luxações, rigidez e dor pós-operatória, imobilizações pós-fraturas e edemas.
Hidromassagem	Utilizado com vistas a aumentar a circulação sanguínea superficial, melhorando a oxigenação do corpo e na promoção do relaxamento muscular. Indicada para o tratamento da reabilitação motora e também na estimulação do bem-estar e do equilíbrio mental.

Para os índios, a cura das doenças também estava na agricultura variada do solo brasileiro, que dispunha de alimentos diversos, como, milho, feijões, amendoins, inhames, abóboras, batatas, dentre outros, porém a carência de utensílios adequados sempre foi um grande dificultador da colheita. Contudo, havia uma raiz que carecia de procedimentos laboriosos e tornou-se o alicerce da alimentação para os silvícolas: a mandioca.

A mandioca é um dos alimentos mais conhecidos da gastronomia brasileira desde o estabelecimento da colonização, exercendo em determinados territórios do Brasil relevante papel na construção de identidades culturais.

A alimentação dos Índios do Brasil compunha-se basicamente de farinha de mandioca, peixe, mariscos e carne. Com as fibras nativas dos campos e florestas, fabricavam-se cordas, cestos, peneiras, esteiras, redes, abanos de fogo; moldavam-se em barro diversos tipos de compartimentos¹³⁴.

A mandioca é a base da alimentação do índio, predominando o cultivo da mandioca-brava, por ser um alimento com alta capacidade para intoxicação devido à liberação de toxina, a manihotoxina, por hidrólise enzimática ou ácida, libera o ácido cianídrico que é o responsável pela intoxicação.

Para consumos os índios, retiravam as toxinas imergindo a mandioca descascada dentro da água até decompor, para depois amassar; ou, transportavam-na até a esteira de buriti (artefato produzido da palha de palmeira de buriti), onde era ralada e espremida para que fosse eliminado o sumo tóxico.

Aos colonizadores do Novo Mundo, a mandioca trouxe uma impressão muito intrigante que pode ser observada nos relatos feitos sob as viagens e os colonizadores.

A mandioca diz Gabriel Soares¹⁴², é mais sadia e proveitosa que o bom trigo, por ser de melhor digestão. E por se averiguar por tal, os governadores Tomé de Souza, D. Duarte e Mem de Sá não comiam no Brasil pão de trigo por se não acharem bem com ele e assim o fazem outras muitas pessoas.

De cultivo abundante e sem custo, compôs a base de alimento na colônia, pela facilidade de plantio e diferentes formas de aplicação na culinária oferecia os elementos vitais à conservação da saúde dos desbravadores. Além disso, a adaptação a esse alimento foi de fácil aceitação aos grupos que aqui iam se fixando.

A sua relevância é confirmada, pela constância com que é referida nos documentos oficiais de viajantes e jesuítas, nos anos quinhentista.

Referindo-se a uma das várias espécies da mandioca, o aipim, Gabriel Soares de Souza, em Tratado Descritivo do Brasil (1587) diz que: “Dá na nossa terra outra casta de mandioca, que o gentio chama aipins, cujas raízes são da feição da mesma mandioca, e para se recolherem estas raízes as conhecem os índios pela cor dos ramos, no que atinam poucos portugueses”^{142:318}.

Atualmente observamos o uso da mandioca, raiz de alto valor energético, rica em nutrientes, fósforo, ferro e cálcio, vitaminas C, complexo B, óleos essenciais e proteínas, como prescrição nutricional no combate e prevenção de doenças, tais como: desnutrição, doença celíaca, prevenção da disfunção de cálcio (osteoporose), dentre outras indicações.

Os índios se alimentavam muito com frutas, fartas e saborosas, brotavam a todo tempo nas florestas, podendo ser acessadas facilmente. O caju e o ananás eram as preferidas, sendo o primeiro amplamente utilizado como alimento e medicamento na cura das enfermidades¹³⁴.

Diversos estudos demonstraram que o caju apresenta em sua composição grande quantidade de vitamina C, licopeno e beta caroteno, fibras, ácido anarcádico e gorduras monoinsaturadas que auxiliam no fortalecimento do sistema imunológico, na prevenção de neoplasias prostática e pulmonar, no funcionamento do sistema gastrointestinal, na redução dos níveis de triglicerídeos e conseqüentemente na prevenção de doenças cardiovasculares.

O consumo de carne vermelha derivava da expertise do silvícola na atividade de caça, e da sabedoria que possuía acerca da fauna local. Nos relatos de Hans Staden, era possível observar que as ofensivas para caçar sempre eram proveitosas no que diz respeito aos seus resultados práticos¹⁵⁵.

O artifício de cocção para carnes e peixes empregado pelos índios, era o moquéim. Esse tipo de técnica onde o alimento ficava disposto sob uma esteira com tripé de varas sobre uma fogueira, era utilizado no cozimento e conservação dos alimentos, uma vez que não possuíam o conhecimento sobre o sal.

Jean Léry^{156:178}, em sua obra a Viagem à Terra do Brasil, descreve esse processo de forma detalhada, nos apresentando a forma pela qual os silvícolas tratavam e consumiam a carne e peixe após a caça:

A carne do tapirussu tem quase o mesmo gosto da do boi; os selvagens a preparam à sua moda, moqueando-a. Consiste esse sistema, que pretendo desde já descrever, para que não fique suspenso à curiosidade do leitor, no seguinte: os americanos enterram profundamente no chão quatro forquilhas de pau, enquadradas à distância de três pés e à altura de dois pés e meio; sobre elas assentam varas com uma polegada ou dois dedos de distância uma da outra, formando uma grelha de madeira a que chamam boucan. Têm-no todos em suas casas e nele colocam a carne cortada em pedaços, acendendo um fogo lento por baixo, com lenha seca que não faça muita fumaça, voltando a carne e virando de quarto em quarto de hora até que esteja bem assada. Como não salgam suas viandas para guardá-las, como nós fazemos, esse é o único meio de conservá-las. Se em um dia apanham

trinta animais ferozes ou outros dos que aqui descrevemos, para evitar a putrefação, cortam-no logo em pedaços e os moqueiam durante mais de vinte e quatro horas às vezes até que as partes internas fiquem tão assadas quanto as externas. O mesmo fazem com os peixes quando os pescam em grande quantidade, principalmente com os da espécie denominada piraparati que são verdadeiros sargos. Depois de os secar bem, reduzem-nos a farinha. Em suma esses moquém (boucan) lhes servem de salgadeira, aparador e guarda-comida; e entretanto em suas aldeias vemo-los sempre carregados não só de veações ou peixes mais ainda de coxas, braços, pernas e postas de carne humana dos prisioneiros que matam e costumam comer [...].

Além da caça aos animais de carne vermelha, o silvícola se destacava na pescaria pela variedade de técnicas e exatidão com que realizavam essa atividade. Utilizavam uma infinidade de artefatos, tais como: flecha, espinha de peixe, lanças, com as próprias mãos e até mesmo venenos vegetais, como o timbó (conjunto de plantas tóxicas agentes ictiotóxicos).

Os alimentos citados acima, complementados por outros, compunham uma alimentação equilibrada para o silvícola e alinhada ao seu habitat, podendo-se chamar de diversificada, farta e nutritiva. Cumpre destacar que quando os índios apresentavam-se enfermos, a sua alimentação era suprimida como forma de medicamento e ritual, sendo apartado dos demais.

O jejum era atribuído como valor espiritual para a purificação do corpo e libertação dos males. Em certos casos, os enfermos acabavam por morrer devido à falta de alimentação que podia perdurar semanas e era acompanhada pelo pajé que jejuava junto ao grave enfermo. De acordo com Jean Léry¹⁵⁶, os silvícolas tinham o hábito de não fornecerem nenhum tipo de alimento ao enfermo, e só o faziam mediante a solicitação deste.

Nos dias atuais, o tratamento através do jejum vem se tornando uma possibilidade na cura e prevenção de patologias. Pesquisadores do Centro Médico Intermountain, em Utah, Estados Unidos, descobriram evidências de que o tratamento através da abstenção alimentar, seguindo protocolos específicos trazem benefícios para o sistema cardiovascular e para o organismo como um todo.

O tratamento através da referida abstenção, abrevia os perigos de doença arterial e diabetes, porém observa-se alteração nos níveis de colesterol no sangue, podendo levar a quadros de hipercolesterolemia.

Cumpre destacar que nosso organismo sofre inúmeras reações metabólicas, durante o período de jejum, e os níveis de colesterol de lipoproteína de baixa

densidade (LDL) e de alta densidade (HDL) aumentam significativamente durante a terapia com abstenção alimentar.

Por outro lado, o organismo desobriga uma quantidade maior de colesterol, utilizando a gordura como combustível energético em substituição a glicose, diminuindo suas taxas no organismo e conseqüentemente reduzindo o risco de resistência à insulina.

Esta terapia também interfere no aumento do Hormônio do Crescimento Humano (HGH), proporcionando o aumentando da retenção de cálcio, da mineralização dos ossos; da massa muscular; e induzindo a síntese de proteínas¹⁵⁷.

O HGH exerce ainda, importante papel na estimulação do sistema imunológico, na homeostase energética do organismo, na redução da glicêmica, no aumento dos ácidos graxos livres e do glicerol na corrente sanguínea, o que justifica a sua importância na organização do organismo humano.

Contudo, ainda em fase embrionária de estudos, a terapia através do jejum vem sendo amplamente estudada como forma de prevenção das doenças cardíacas, vasculares e metabólicas no mundo.

Os índios, detinham grande conhecimento no que diz respeito a aplicabilidade das mais variadas espécies de vegetais e sua utilização nos processos terapêuticos. No Brasil colônia, coube aos índios a responsabilidade por transferir a sabedoria da floresta para os europeus.

A chegada dos portugueses ao novo mundo, habitado por silvícolas, amplos conhecedores da fauna e flora da região que habitavam, possibilitou a descoberta de inúmeras riquezas naturais, até então desconhecidas pelo mundo e que não compunham a farmacopeia da época. Esse encontro possibilitou aos portugueses o interessasse por conhecer os benefícios terapêuticos e alimentares dos produtos pertencentes a cultura indígena no Brasil.

Com a chegada dos primeiros médicos portugueses ao Brasil, perante a carência, na colônia, de medicamentos utilizados pela farmacopeia portuguesa, houve por parte dos colonizadores a necessidade de se empregar a utilização dos produtos advindos da flora brasileira¹⁵⁸.

A primeira narração, divulgada no Brasil acerca do uso de plantas para fins medicinais, foi realizada por Gabriel Soares de Souza, no Tratado Descritivo do Brasil, datado de 1587, onde descrevia os produtos medicinais utilizados pelos índios de “as árvores e ervas da virtude”.

Dentre os produtos mais utilizados pelos índios brasileiros no momento da colonização, destacam-se as seguintes plantas e vegetais: Pó de Guaraná, *Paulinia cupana*, Óleo de Copaíba, *Copaifera officinalis*, Óleo de Andiroba, *Carapa guianensis*, Catuaba, *Anemopaegma mirandum*, Abútua, *Chondrodendron platyphyllum*, Amor-do-campo, *Desmodium adscendens*, Barbatimão, *Stryphnodendron barbadetiman*, Cipó-cruzeiro, *Chiococca brachiata*, Cará-barbudo, *Dioscorea dodecaneura*, Carapiá, *Dorstenia brasiliensis*, Cipó-suma, *Anchieta salutaris*, Casca de Marapuama, *Ptychopeltum olacoides*, Colônia, *Alpinia speciosa*, Erva-baleeira, *Cordia verbanacea*, Erva de Santa Maria, *Chenopodium ambrosioides*, Casca de Caroba, *Jacaranda copaia*, Folha-da-fortuna, *Kalanchoe pinnata*, Guaco, *Mikania glomerata*, Jaborandi, *Pilocarpus microphyllus*, Cidreira-brava, *Lippia alba*, Raízes de manacá, *Brunfelsia hopeana*, Ginseng brasileiro, *Pfaffia paniculata*, Pata-de-vaca, *Bauhinia forficata*, Douradinha, *Waltheria indica*, Pitanga, *Eugenia uniflora*, Saião, *Kalanchoe pinnata*, Taiuiá, *Trianosperma tayuya*¹⁵⁹.

Cumpramos ressaltar que as plantas e vegetais, supramencionados são amplamente estudados e utilizados nos dias atuais pela medicina fitoterápica, na busca pela cura e reabilitação dos mais distintos agravos a saúde do corpo, sendo esta a principal contribuição dos povos indígenas para as práticas de cuidado atuais, conforme pode ser observado no apêndice b, que destaca as indicações clínicas, contraindicações e interações medicamentosas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se é verdade que cada época se faz as perguntas que pode responder, a nossa, a respeito dos índios, não está muito segura sobre qual é a verdadeira pergunta que se deve fazer.

Mércio Pereira Gomes

Neste estudo, confirmando a afirmativa de tese formulada, considera-se que o encontro entre portugueses e indígenas no período quinhentista influenciou diversas práticas de cuidado desenvolvidas atualmente no Brasil.

A cultura e o desenvolvimento português, que havia lhes proporcionado as grandes navegações e os descobrimentos, concederam-lhes não apenas a descoberta de uma nova terra e suas riquezas materiais. A partir deste momento, o desenvolvimento de Portugal seria alimentado por novos conhecimentos fundamentos nas experiências de um povo até então desconhecido para o mundo.

A chegada dos portugueses às terras Brasileiras, permitiram um encontro de duas culturas totalmente distintas, de um lado os índios, com seus conhecimentos, crenças, costumes, hábitos e capacidades; e do outro, portugueses com tradições, hábitos religiosos, leis e costumes familiares que se distinguiam dos silvícolas. Contudo, é a partir do século XVI, que se consolida o início de um processo de alteração genética da população brasileira, instituindo-se, inicialmente, um processo de miscigenação entre índios e portugueses, num encontro permeado por um intercâmbio cultural, porém com objetivos desiguais.

Ao índio coube a árdua missão de auxiliar o nobre visitante, português, a sobreviver em território desconhecido, ensinando-lhe as técnicas utilizadas na busca por alimentos, como caça, pesca e o consumo dos variados insumos da rica floresta brasileira, bem como os ensinamentos necessários para o tratamento e cura das enfermidades que acometiam os portugueses no início do processo de colonização. Esses ensinamentos, que compunham os rituais de cura e tratamento das enfermidades no Brasil colônia e o uso de ervas medicinais, foram compartilhados com os portugueses e fundamentaram o conceito de medicina intuitiva e empírica nos

primeiros tempos do Brasil colônia, até a chegada dos primeiros físicos, médicos e cirurgiões laicos ao solo brasileiro.

Os portugueses, fundamentados por uma medicina pragmática e baseada em conceitos hipocráticos, porém ainda incipientes do ponto de vista anatômico e fisiológicos, estavam diante de uma civilização que acreditava estar nos espíritos, na magia e no oculto a explicação para seus males e para as enfermidades que os acometiam. Neste momento, um choque cultural se instituía e a necessidade de adaptação bilateral se fez necessária para a sobrevivência de ambas as civilizações.

Contudo, os portugueses trouxeram em sua bagagem um caldeirão de histórias que constituíram ao longo dos anos seu perfil imunológico, e que para os índios se estabeleceu como uma violenta “arma” portuguesa para destruição em massa da população indígena, devido a sua imaturidade imunológica.

Diante do estabelecimento de processos de adoecimento, que acometiam não somente os índios, mas também os portugueses e a escassez de subsídios para o tratamento dos mesmos, coube aos colonizadores se renderem as técnicas de cura e reabilitação utilizadas pelos índios e observar os resultados obtidos através do uso das plantas medicinais e de suas práticas de cuidado.

A medicina indígena, fundamentalmente sobre-humana, beneficiava-se da biodiversidade da floresta. O conhecimento empírico, intuitivo e primitivo, passa a partir deste momento a constituir a troca de experiências entre os dois povos e se fundamentar de forma subjetiva, quando o índio recorre aos poderes da magia e da espiritualidade; mas também de forma racional e objetiva quando o uso de plantas e ervas da floresta comprovam sua eficácia através do restabelecimento da pessoa ora adoecida.

A história da medicina no Brasil colônia, em seu primeiro tempo, consolida-se pela diversidade de experiências que se constituíram, entre indígenas “conhecedores da floresta” e “repletos de crenças espirituais para as doenças do corpo e da alma”, jesuítas “padres” e “médicos de almas” e os físicos “médicos e cirurgiões que possuíam a missão de cuidar do corpo”.

Nesse caldeirão cultural, o enfermo era visto sob diferentes pontos de vistas, com etiologia, diagnóstico e plano de cuidados, definidos a partir das crenças do sujeito responsável pelo cuidado: o índio na figura do pajé acreditava que a doenças estavam apoiadas na espiritualidade e os jesuítas tinham a crença de que a doença estava apoiada no castigo e que através do perdão de Deus poderiam curar o corpo

que se apresentava doente. Já os físicos e cirurgiões apresentavam a base racional, do cuidado, atrelado aos conhecimentos e técnicas, ainda incipientes, porém aprendidos no curso de medicina realizado nas escolas europeias.

À guisa de conclusão, observa-se que a intuição que caracterizava a medicina empírica indígena dialogava, mesmo que sem contato, com os conceitos utilizados pelas escolas de medicina europeias, fundamentadas em Hipócrates e Galeno, quais sejam: o conhecimento do corpo e do ambiente, a compreensão de que a doença é consequência do desequilíbrio do corpo, a saúde obtida através do equilíbrio dos quatro humores-sangue, fleuma, bile amarela e bile negra- que correspondem aos elementos água, terra, ar e fogo.

Do ponto de vista terapêutico, a medicina hipocrática dialogava com a medicina indígena no momento em que sugestionava o embasamento terapêutico fundamentado na teoria dos quatro humores, definindo cinco vertentes que poderiam ou não ser empregadas durante a terapêutica ao enfermo, sendo elas: atenção ao regime alimentar, quantidade e qualidade dos alimentos; utilização de remédios de origem mineral e vegetal; procedimentos cirúrgicos deveriam ser realizados com precisão; o reequilíbrio dos humores seria obtido através de sangrias, vômitos, cataplasmas e sudorese.

Assim, o encontro de culturas distintas com premissas semelhantes resultou em práticas de cuidados únicas e características do Brasil Colônia que conforme foi possível observar ao longo desta tese, muitas destas práticas encontram-se no cotidiano das ações de cuidado e terapêuticas desenvolvidas no processo de saúde doença na atualidade. Cabe salientar a determinação social fortemente marcada deste processo, dialogando, mais uma vez, com os preceitos de 1500, ao entender que o adoecimento não possui unicausalidade, estando relacionado com o processo de viver dos indivíduos, que deve ser considerado nas práticas de cuidar.

REFERÊNCIAS

1. GUSMÃO, S. **História da medicina**: evolução e importância. 2006. Disponível em: http://www.museu-emigrantes.org/docs/conhecimento/Historia_da_medicina.pdf. Acesso em: 23 jan. 2015.
2. CAIRUS, H. F. **Os limites do sagrado na nosologia hipocrática**. 1999. 175 f. Tese (Doutorado em Língua e Literatura Grega) – Faculdade de Letras, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/268076889_Os_limites_do_sagrado_na_nosologia_hipocratica. Acesso em: 23 abr. 2015.
3. REALE, G.; ANTISERI, D. **História da filosofia**. São Paulo: Paulinas, 1990. v. I.
4. KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. 9. ed. São Paulo: Perspectivas, 2005.
5. GOMES, O. C. **História da medicina no Brasil no século XVI**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de História da Medicina, 1974.
6. GUSMÃO JÚNIOR, A. M. **Peste negra; a experiência do apocalipse: a pandemia de peste negra no século XIV**. Disponível em: <http://www.galeon.com/projetochronos/chronosmedieval/concilium/pandemia.htm>. Acesso em: 21 fev. 2014.
7. SARAIVA, J. H. **História concisa de Portugal**. Lisboa: Publicações Europa-América, 1999.
8. RIBEIRO, P. B. **Guia de Portugal Franciscano, Continental e Insular: esquema histórico de 1217 a 1831 e crônica sucinta dos povos de Marrocos**. Portugal: Residência dos Leixões, 1946.
9. FAUSTO, B. **História do Brasil**. 14. ed. São Paulo: EDUSP, 2012.
10. BASTIÃO, A. M. P. **Elementos para o estudo da náutica portuguesa no século XVII: a arte náutica do códice 11006 da biblioteca nacional de Portugal**. 2010. 230f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2010.
11. ALBUQUERQUE, L. **As navegações e a sua projecção na ciência e na cultura**. Lisboa: Gradiva Publicações, 1987. p. 9-11.
12. SIMONESEN, R. C. **História econômica do Brasil – 1500-1820**. São Paulo: Nacional, 1977.

13. SILVA, M. B. N. A carta-relatório de Pero Vaz de Caminha. **Ide (São Paulo) [online]**, v. 33, n. 50, p. 26-35, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ide/v33n50/v33n50a05.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2014.
14. CAMINHA, P. V. Carta de Pero Vaz de Caminha [1500]. In: PEREIRA, P. R. (Org.). **Os três únicos testemunhos do descobrimento do Brasil**. Rio de Janeiro: Lacerda Editores, 1999. p. 39-40.
15. IGLÉSIAS, F. Encontro de duas culturas: América e Europa. **Estud. av.**, v. 6, n. 14, jan./abr. 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010340141992000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 maio 2013.
16. McNEILL, W. **Plagues and peoples**. New York: Anchor Books, 1976. p. 19-32.
17. DIOGO, J. R. M. **Política da saúde no Brasil**: período colonial, império e república velha. Webartigos, 2012. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/politica-da-saude-no-brasil-periodo-colonial-imperio-e-republica-velha/82992/>>. Acesso em: 15 set. 2015.
18. BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde no Brasil**. São Paulo: Ática, 2003.
19. OLIVEIRA, J. P.; FREIRE, C. A. R. **A presença indígena na formação do Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2006. 268p.
20. ANCHIETA, J. **Cartas, informações, fragmentos históricos e sermões do padre José de Anchieta: 1554-1594**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1933.
21. LUCIANO, G. S. **O índio brasileiro**: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2006. 224p.
22. MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.
23. BOAVENTURA, E. M. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2004.
24. MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.
25. PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da pesquisa**: abordagem teórico-prática. 2. ed. Campinas: Papiros, 1997.
26. GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.
27. POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

28. PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cad. Pesqui.**, n. 114, p. 179-195, nov. 2001.
29. SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; LUIS, M. A. V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Rev. Baiana Enferm.**, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewArticle/5252>>. Acesso em: 03 jul. 2014.
30. BOTINEAU, Y. **Baroque Ibperique**: Espagn, Portugal, Amérique Latine. Fibourg: Office du Livre, 1969. 187 p.
31. MARTINS, J. P. O. **História de Portugal**. 12. ed. Lisboa: A. M. Pereira, 1942. 2 v.
32. MARTINS E SILVA, J. Anotações sobre a história do ensino da Medicina em Lisboa, desde a criação da Universidade Portuguesa até 1911 – 1ª Parte. **RFML**, série III, v. 7, n. 5, p. 237-149, 2002. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/985/1/18313_ulsd_PP-B34_Anotacoes_sobre_historia_do_ensino_medicina-Iell-2002.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2016.
33. CONSELHO DE REITORES DAS UNIVERSIDADES PORTUGUESAS. **Universidade de Coimbra**. Disponível em: <<http://www.crup.pt/crup/membros/universidade-de-coimbra>>. Acesso em: 15 out. 2016.
34. DIAS, A. S. A Medicina. **História da Universidade em Portugal**. Coimbra: Universidade de Coimbra e Fundação Calouste Gulbenkian, 1997. p. 285-302, v. I, tomo I (1290-1536).
35. ROCHA, P. M. H. **Obras médicas de Pedro Hispano**. Coimbra: Universidade de Coimbra, 1973.
36. GUSMÃO, S. A obra filosófica e médica de Pedro Hispano (Papa João XXI). **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 14, n. 3, p. 208-214, 2004.
37. SOUSA, J. S. A medicina em Portugal na idade média. **Rev. TRIPLOV artes, religião ciências**, n. 16, 2011. Disponível em: <http://novaserie.revista.triplov.com/numero_16/joao_silva_sousa/index.html>. Acesso em: 25 jan. 2016.
38. RODRIGUES, I. T.; FIOLEAIS, C. O ensino da medicina na Universidade de Coimbra no século XVI. **Hist. Ciênc. Saúde – Manguinhos**, v. 20, n. 2, p. 435-456, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v20n2/0104-5970-hcsm-20-02-00435.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2015.
39. CARVALHO, R. **História do Ensino em Portugal** (Desde a fundação da nacionalidade até ao fim do regime de Salazar e Caetano). 2. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1996.

40. DESVENDANDO HISTÓRIA. **O Real Hospital de Todos os Santos: do terramoto à demolição (1755 - 1775) II**. 2008. Disponível em: http://desvendandohistoria.blogspot.com/2006/08/o-real-hospital-de-todos-os-santos-do_06.html
41. FONSECA, F. A Medicina. **História da Universidade em Portugal**. I volume, tomo II (1537-1771). Coimbra: Universidade de Coimbra e Fundação Calouste Gulbenkian, 1997. p. 835-873.
42. ARNAUT, S. D. A Medicina. **História da Universidade em Portugal**. I volume, tomo I (1290-1536). Coimbra: Universidade de Coimbra e Fundação Calouste Gulbenkian, 1997. p. 285-302.
43. SACADURA, S. C.; MACHADO, J. T. M. Andanças do ensino médico na capital (Do Hospital Real de Todos-os-Santos ao Hospital de Santa Maria). **O Médico**, n. 697, p. 141-173, 1965.
44. SILVA, A. C. A primeira sociedade das Ciências Médicas de Lisboa. In: **Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa (1822-1922)**. Coimbra: Impressos da Universidade, 1927. p. 7-43.
45. GOMES, O. C. A medicina no século XVII. As descobertas científicas. Os iatrofísicos e os iatroquímicos. Thomas Sydenham e o neo-hipocratismo seiscentista. **Revista de história**, ano 4, v. 13, 1953. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revhistoria/article/viewFile/35219/37940>. Acesso em: 14 dez. 2015.
46. COSTA, A. C. A Investigação científica na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa (discurso na sessão de 1 de dezembro de 1923). In: **Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa (1822-1922)**. Coimbra: Impressos da Universidade, 1927. p. 87-99.
47. PITA, J. R. Medicina, cirurgia e arte farmacêutica na reforma pombalina da Universidade de Coimbra. In: ARAÚJO, A. C. (Coord.). **O marquês de Pombal e a Universidade de Coimbra**. Coimbra: Imprensa da Universidade, 2000. p. 129-162. Disponível em: <https://digitalis-dsp.uc.pt/jspui/bitstream/10316.2/32755/1/5-%20marques%20de%20pombal%20e%20a%20universidade.pdf?ln=pt-pt>. Acesso em: 28 set. 2015.
48. MARTINS, D. R. Brasileiros na reforma pombalina: criando novos caminhos da Ciência entre Portugal e o Brasil. In: UNIVERSIDADE DE COIMBRA E O BRASIL: PERCURSO ICONOBIBLIOGRÁFICO. **Catálogo da exposição**. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2012. p. 29-47.
49. CONSTRUINDO HISTÓRIA HOJE. **A peste negra e a grande fome**. [07 ago 2015]. Disponível em: <http://construindohistoriahoje.blogspot.com/2015/08/a-pestes-negra-egrande-fome.html>. Acesso em: 22 out. 2015.

50. REZENDE, J. M. As grandes epidemias da história. In: _____. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: Unifesp, 2009. p. 73-82.
51. LEWINSOHN, R. **Três epidemias: lições do passado**. Campinas: Unicamp, 2003. p. 60-85.
52. SOURNIA, J.; RUFFIE, J. **As epidemias na história do homem**. Tradução de Joel Goes. Lisboa: Edições 70, 1984. p. 50-66.
53. BARATA, R. C. B. Epidemias. **Cad. saúde pública**, v. 3, n. 1, p. 9-15, 1987. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v3n1/v3n1a02.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2016.
54. EDLER, F. C. Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil imperial. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p. 25-46.
55. FAUSTO, B. **História do Brasil**. 14. ed. São Paulo: EDUSP, 2012.
56. HISTÓRIA 100%. **Chegado dos portugueses ao Brasil: a real história**. Nov. 2015. Disponível em: <<http://www.historia100.com/tag/chegada-dos-portugueses-ao-brasil/>>. Acesso em: 22 maio 2016.
57. RIBEIRO, D. **O povo brasileiro: sentidos do Brasil**. Curitiba: Companhia das Letras. 2.ed. 1995. Disponível em <http://www.usp.br/cje/anexos/pierre/ribeiro_darcy_povo_brasileiro_formacao_e_o_sentido_do_brasil.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2015.
58. GURGEL, C. B. F. M. Médicos do Brasil colonial. Grupo de Estudos História das Ciências da Saúde. **Boletim Fac. Ciênc. Méd.**, v. 10, n. 1 p. 16-17, 2014. Disponível em: <<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/cma-centro-de-memoria-e-arquivo/grupo-de-estudos-historia-das-ciencias-da-saude>>. Acesso em: 28 set. 2015.
59. CALAINHO, D. B. Práticas Médicas na América Portuguesa. In: CONGRESSO INTERNACIONAL ESPAÇO ATLÂNTICO DE ANTIGO REGIME: PODERES E SOCIEDADES. 2005, Lisboa. **Actas...** Lisboa, 2005. p. 1-7. Disponível em: <http://cvc.instituto-camoes.pt/eaar/coloquio/comunicacoes/daniela_buono_calainho.pdf>. Acesso em: 14 out. 2015.
60. NEVES, F. B. **O combate dos soldados de Cristo na terra dos papagaios**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.
61. SCHADEN, E. O estudo do índio brasileiro: ontem e hoje. **Rev. história USP**, v. 5, n. 2, p.385-401, 1952.
62. SANTOS FILHO, L. C. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo: Hucitec; Universidade de São Paulo, 1977.

63. BAIDA, R.; CHAMORRO, C. G. A. Doenças entre indígenas no Brasil no século XVI e XVII. **História Reflexão**, v. 5, n. 9, jan. 2011.
64. GRUPIONI, L. D. B. **Índios no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Educação e do Desporto, 1994.
65. CHAUI, M. S. 500 anos: caminhos da memória, trilhas do futuro. In: GRUPIONI, L. D. B. **Índios no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Educação e do Desporto, 1994. p. 11-12.
66. BETTENCOURT, L. Cartas brasileiras: visão e revisão dos índios. In: GRUPIONI, L. D. B. **Índios no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Educação e do Desporto, 1994. p. 39-46.
67. SANTOS, L. G. Amigos dos índios: os trabalhos da Comissão Índios no Brasil. In: GRUPIONI, L. D. B. **Índios no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Educação e do Desporto, 1994. p. 29-39.
68. GOMES, M. P. **Os índios e o Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1988. 237p.
69. ALENCASTRO, L. F. **O trato dos viventes: formação do Brasil no Atlântico Sul**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
70. BRASIL ESCOLA. **História do Brasil**. Disponível em: <<http://brasilecola.uol.com.br/upload/conteudo/images/o-descobrimento-foi-uma-acao-planejada-expansionista-coroa-portuguesa-1317738285.jpg>>. Acesso em: 15 maio 2015.
71. SOUZA, L. M. **O diabo e a terra de Santa Cruz**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.
72. NAVARRO, J. A. Carta do padre Leonardo do Valle da Bahia para o padre Gonçalo Vaz, Provincial da Companhia de Jesus de Portugal, aos 12 de maio de 1563. In: NAVARRO, A. et al. **Cartas avulsas, 1550-1568**. São Paulo: EDUSO, 1988. p. 384-385.
73. NAVARRO, J. A. Carta que escreveu o padre Pedro da Costa do Espírito Santo aos padres e irmão da Casa de S. Roque, de Lisboa, ano de 1565. In: NAVARRO, A. et al. **Cartas avulsas, 1550-1568**. São Paulo: EDUSO, 1988. p. 256-312.
74. SUESS, P. Catéchèse, villages, civilisation. **Spiritus**, Paris, v. 21, n. 79, p. 147-161, Mai 1980.
75. GARRISON, F. H. Medicina Y antropologia social. **Estudios Vários**, 1985.
76. VIOTTI, A. C. C. **As práticas e os saberes médicos no Brasil colonial (1677-1808)**. 2012. 179 f. Dissertação (Mestrado em História e Cultura Social) –

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais de Franca, Universidade Estadual Paulista - Júlio de Mesquita Filho, Franca, 2012.

77. PAIVA, J. M. Transmitindo cultura: a catequização dos índios do Brasil, 1549-1600. **Diálo. Educac.**, v. 1, n. 2, p.1-170, jul./dez. 2000.
78. ORAZEM, R. B. Arte e educação: uma estratégia jesuítica para a catequização dos índios no Brasil colonial. **Rev. Digital Art&**, ano Iv, n. 5, abr. 2006. ISSN 1806-2962. Disponível em: <<http://www.revista.art.br/site-numero-05/trabalhos/10.htm>>. Acesso em: 25 jun. 2015.
79. MESQUIDA, P. Catequizadores de índios, educadores de colonos, Soldados de Cristo: formação de professores e ação pedagógica dos jesuítas no Brasil, de 1549 a 1759, à luz do *Ratio Studiorum*. **Educar Rev.**, n. 48, p. 235-249, abr./jun. 2013.
80. BRASIL. Ministério da Cultura. **A carta de mestre João Farias**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<http://www.culturatura.com.br/dochist/Carta%20de%20Mestre%20J%CAo%20Faras.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.
81. CARDIM, F. **1540-1625** – Tratados da terra e gente do Brasil. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Universidade de São Paulo, 1980.
82. FERNANDES, E. Medicina e maneiras de tratamento entre os índios Pariukur (Aruak). **Am. Indíg.**, v. 10, n. 4, p. 309-332, 1950.
83. ANCHIETA, J. **Cartas – Informações, Fragmentos Históricos e Sermões – 1534-1597**. Belo Horizonte: Itatiaia; S. Paulo: Universidade de São Paulo, 1988.
84. NÓBREGA, M. **Cartas do Brasil**. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Edusp, 1988.
85. MUSEU DA CASA BRASILEIRA. **Epidemias nas missões jesuíticas**. São Paulo. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/historiaviva/reportagens/epidemias_nas_missoes_jesuicas.html>. Acesso em: 10 jan. 2016.
86. PAGE, J. T. P. Health Policy and Legislation Concerning Traditional Indigenous Medicine in Mexico. **Cad. Saúde Públ.**, v. 11, n. 2, p. 201-211, Apr./Jun. 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n2/v11n2a03.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2015.
87. CABRAL, D. Coordenação Geral de Gestão de Documentos. Escola de Cirurgia da Bahia. **Memória da administração pública brasileira**. 2011. Disponível em: <<http://linux.an.gov.br/mapa/?p=2656>>. Acesso em: 08 ago. 2015.
88. ARQUIVO NACIONAL. Memória da Administração Pública Brasileira. **Físico mor/ Fisicatura-mor do Reino, Estado e Domínios Ultramarinos**. Rio de

- Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://linux.an.gov.br/mapa/?p=2662>>. Acesso em: 16 jan. 2016.
89. ACERVO MEMORIAL DA MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA. **Impressões do Brasil no século XX**: histórias e lendas de Santos. Disponível em: <<http://www.novomilenio.inf.br/santos/h0300g42b.htm>>. Acesso em: 08 jun. 2014.
90. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Faculdade de Medicina. **Um pouco de nossa história**. Rio de Janeiro, 2016.
91. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Faculdade de Medicina. **Museu Virtual da Medicina**. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.museuvirtual.medicina.ufrj.br/detalha_obra.php?id_obra=66>. Acesso em: 14 jan. 2016.
92. FABULA DE HIGINO. **Fábula-mito do cuidado**. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/admenf/files/2010/03/Aula-As-dimens%C3%B5es-do-Cuidar-e-as-Compet%C3%A2ncias-da-equipe-de-enfermagem-Lenda-de-Higino.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2015.
93. BASTIANI, J. A. N. et al. As origens da enfermagem e da saúde: o cuidado no mundo. In: PADILHA, M. I.; BORENSTEIN, M. S.; SANTOS, I. (Org.). **Enfermagem História de uma profissão**. São Caetano do Sul: Difusão, 2011. p. 83-110.
94. BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde Soc.**, v. 11, n. 1, p. 1-11, jan./jul. 2002.
95. VAGHETTI, H. H. et al. Grupos sociais e o cuidado na trajetória humana. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 15, n. 2, p. 267-275, abr./jun. 2007.
96. LLANO, A. **La nueva sensibilidad y el cuidado integral del enfermo**. 1990. p. 63. Trabalho apresentado no Simposium Internacional de Ética en Enfermería, 1990.
97. HESBEEN, W. **Cuidar neste mundo**. Loures: Lusociência, 2004.
98. ROSSELÓ, F. T. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2009.
99. LEININGER, M. **Transcultural nursing**: concepts, theories and practices. Nova York: Wiley, 1978. p. 33.
100. AMESTOY, C. et al. Inserção do cuidado terapêutico na construção do conhecimento da enfermagem. **Enferm. Glob.**, n. 18, fev. 2010. ISSN 1695-6141.
101. CRUZ, M. M. **Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. 14p. Disponível em:

<http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_14423743.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2015.

102. BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra**. Petrópolis: Vozes, 2000.
103. NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez, 1989.
104. DEGRAAF, K. R. et al. Florence Nightingale: enfermeira moderna. In: ALLIGOOD, M. R.; MARRINER TOMEY, A. **Modelos y teorías de enfermería**. 3. ed. Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1994. p. 73-87.
105. DIEGUES JÚNIOR, M. **Etnias e culturas no Brasil**. São Paulo: Civilização Brasileira, 1980.
106. DUCH, L. **Antropologia de la religion**. Barcelona: Herder, 2001. p.255.
107. ROESE, A. Cuidado terapêutico e espiritual: a abordagem de trabalho com grupos. **Caminhando**, v.15, n. 2, p.156-167, jul./dez. 2010.
108. RABELO, M. C. M. Religião, ritual e cura. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 47-57.
109. KESTENBAUM, V. **The humanity of the ill: phenomenological perspectives**. Tennessee, 1982.
110. PORTER, R.; VIGARELLO, G. Corpo, saúde e doença. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. (Ed.). **A história do corpo**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. p. 441-486.
111. BERLINGUER, G. **A doença**. São Paulo: Lua Nova, 1989.
112. DETHLEFSEN, T.; DAHKE, R. **A doença como caminho: uma visão nova da cura como ponto de mutação em que um mal se deixa transformar em bem**. São Paulo: Cultrix, 2007.
113. BACKES, M. T. S. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. enferm. UERJ**, v. 17, n. 1, p. 111-117, jan./mar. 2009.
114. FERREIRA, J. O corpo signíco. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 101-112.
115. FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.
116. LANGDON, E. J. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. **Etnográfica**, v. V, n. 2, p. 241-260, 2001.

117. MAUÉS, R. H. Medicinas populares e pajelança cabocla na Amazônia. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-83.
118. LANGDON, E. J.; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 18, n. 3, [09 telas], maio/jun. 2010.
119. SOUSA, R. G. Mundo Educação. História do Brasil. **Jesuítas**. Disponível em: <<http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/historiadobrasil/jesuitas.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2015.
120. RESENDE, M. L. C. Entre a cura e a cruz: jesuítas e pajés na missão do novo mundo. In: CHALHOUB, S. et al. **Artes e ofícios de curar no Brasil**. São Paulo: UNICAMP, 2003. p. 231-272.
121. FLECK, E. C. D. Especial pronto socorro colonial: a igreja se rende aos índios. **Rev. História**, 2010. Disponível em: <<http://www.revistadehistoria.com.br/secao/artigos/especial-prontosocorrocolonial-a-igreja-se-rende-aos-indios>>. Acesso em: 29 jun. 2015.
122. SIGNES, A. F. Apóstolos divinos ou da coroa: Jesuítas no Brasil e no Paraguai. In: GARCIA, G. B. **Perspectivas históricas de uma mesma América**. Rio de Janeiro: UFRRJ, 2009. p. 1-16. Disponível em: <<http://www.ufrrj.br/graduacao/prodocencia/publicacoes/perspectivas-historicas/artigos/11.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2016.
123. RIBEIRO, B. **O índio na história do Brasil**. São Paulo: Global, 2009. 144p.
124. MIRANDA, C. A. C. **A medicina indígena no Brasil colonial**. 2004. p. 57-89. Disponível em: <<https://www.ufpe.br/clioarq/images/documentos/2004-N17/2004n17a6.swf>>. Acesso em: 26 maio 2016.
125. RIBEIRO, L. **Medicina no Brasil colonial**. Rio de Janeiro: Sul Americana, 1971.
126. BAPTISTA, J. **Epidemias nas missões jesuítas**. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/historiaviva/reportagens/epidemias_nas_missoes_jesuicas.htm> Acesso em: 12 mar. 2015.
127. FLECK, E. C. D. Especial pronto-socorro colonial: a Igreja se rende aos índios. **Rev. História**, 2010. Disponível em: <<http://www.revistadehistoria.com.br/secao/artigos/especial-pronto-socorro-colonial-a-igreja-se-rende-aos-indios>>. Acesso em: 09 maio 2015.
128. MONTALTI, E. Livro revela papel de doenças. **Jornal UNICAMP**, 2011. Disponível em:

<http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/abril2011/ju490_pag03.php>. Acesso em: 09 jun. 2015.

129. ASSIS, M. **A semana**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1892. Obra completa. v. 5.
130. CUNHA, M. C. **Índios no Brasil: história, direitos e cidadania**. São Paulo: Claro Enigma, 2012.
131. COELHO, M. A. T. **Os descaminhos do São Francisco**. São Paulo: Paz e terra, 2005. 269 p.
132. SOUZA, L. M. **O diabo na terra de Santa Cruz**. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.
133. KAUFFMAN, P.; HELITO, A. S. História da medicina no Brasil. In: HELITO, A. S.; KAUFFMAN, P. **Saúde: entendendo as doenças, a enciclopédia médica das famílias**. São Paulo: Nobel, 2006. p. 20-47.
134. MENEZES, S. **Medicina indígena**. Salvador: Progresso, 1957.
135. SANTOS FILHO, L. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo: Editora de Humanismo, Ciência e Tecnologia; Universidade de São Paulo, 1977. p. 106-114.
136. LÓPEZ, M. Anamnese. In: LÓPEZ, M.; MEDEIROS, J. L. **Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p. 23-38.
137. DANTAS, F.; FICHER, P.; RAMPES, H. A critical overview of homeopathy. **Ann. Intern. Med.**, v. 139, n. 8, p. W73, 2003.
138. MARTIUS, K. F. P. **Natureza, Doenças, Medicina e Remédios dos Índios Brasileiros (1844)**. Tradução, prefácio e notas de Pirajá da Silva. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1939. p.196-283.
139. FREUD, S. [1912-13]. Totem e tabu. In: FREUD, S. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XXIII.
140. THEVET, A. **Singularidades da França Antártica a que os outros chamam de América**. Tradução de Estevão Pinto. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1944. p. 221.
141. CAMARGO, E. P. A malária encenada no grande teatro social. **Est. Av.**, v. 9, n. 24, maio/ago. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141995000200010>. Acesso em: 10 mar. 2015.
142. SOUZA, G. S. **Tratado descritivo do Brasil de 1587**: edição castigada pelo estudo e exame de muitos códices manuscritos existentes no Brasil, em Portugal, Espanha e França, e acrescentada de alguns comentários por

- Francisco Adolfo de Varnhagen. 4. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional; USP, 1971. p. 318.
143. D'EVREUX, I. **Viagem ao norte do Brasil**. Rio de Janeiro. Livraria Leite Ribeiro, 1929. p. 313.
144. CUNHA, A. A. **Ventosaterapia: tratamento e prática**. São Paulo: Ícone, 2001.
145. FOLKMAN, J.; SHING, Y. Angiogenesis. **J. Biol. Chem.**, v. 267, p. 10931-10934, 1992.
146. D'ABBEVILLE, C. **História da missão dos Padres Capuchinhos na Ilha do Maranhão e terras circunvizinhas**. Tradução de S. Milliet. São Paulo: EDUSP, 1975. p. 233.
147. SOUZA, C. **A história do tabaco**. Disponível em: <http://www.souzacruz.com.br/group/sites/SOU_7UVF24.nsf/vwPagesWebLive/DO7V9KPU?opendocument>. Acesso em: 29 dez. 2014.
148. PINTO, R. **Rondônia**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1935. p. 163.
149. SOUZA, D. L. B. **Os significados do tabagismo construídos na dinâmica social**. Natal: UFRGN, 2006.
150. MARTINS, W. **História da inteligência brasileira**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1996. v. I, p. 137.
151. ALENCASTRO, L. F. **O trato dos viventes: formação do Brasil no Atlântico Sul - séculos XVI e XVII**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000. p. 134.
152. SANTOS FILHO, L. C. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo: Edusp, 1977.
153. LOWAN, C. **Therapeutic use of pools and tanks**. Philadelphia: WB Saunders, 1952.
154. BIASOLI, M. C.; MACHADO, C. M. C. Hidroterapia: aplicabilidades clínicas. **Rev. Bras. Med.**, v. 63, n. 5, 2006. Disponível em: <<http://www.biasolifisioterapia.com.br/publicacoes/028rbm4.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2015.
155. STADEN, H. **Dois Viagens ao Brasil (Primeiros Registros sobre o Brasil)**. Tradução de Angel Bojadsen. Porto Alegre: L&PM, 2008. p.110.
156. LÉRY, J. **Viagem à terra do Brasil**. Tradução e Notas de Sérgio Milliet. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1985. p. 178-179.
157. AYUK, J.; SHEPPARD, M. C. Growth hormone and its disorders. **Postgrad. Med. J.**, v. 82, n. 963, p. 24-30, 2006.

158. VEIGA JUNIOR, V. F.; PINTO, A. C. O Gênero *Copaifera* L. **Quím. nova**, v. 25, n. 2, p. 273-286, 2002.
159. ÁVILA, L. C.; LIMA, A. **Índice Terapêutico Fitoterápico (ITF)**: ervas medicinais. Petrópolis: EPUB, 2008.

APÊNDICE – Quadro demonstrativo dos principais insumos utilizados pela população indígena nas práticas de cuidar

Quadro 4 - Demonstrativo dos principais insumos utilizados pela população indígena nas práticas de cuidar (continua)

PRODUTOS	INDICAÇÕES CLÍNICAS	CONTRAINDICAÇÕES	INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS
Pó de Guaraná <i>Paulinia cupana</i>	Possui origem histórica em lenda indígena que assemelha suas sementes a olhos humanos. Usado como tônico geral, aperiente podendo ser utilizado no tratamento da anorexia, fadiga, cansaço e baixa energia, estomáquico, estimulante, contra distúrbios gastrointestinais e diarreias crônicas. Ativa as Funções cerebrais e combate a arteriosclerose. Analgésico nas dores musculares, nevralgias e enxaquecas; detém as hemorragias atua como calmante para o coração. Diurético nos edemas crônicos da cirrose e insuficiência renal.	Em crianças por seu efeito afrodisíaco, principalmente as hiperativas.	Pode levar a hipocalemia por efeito diurético. Na associação a digoxina pode induzir a intoxicação digitálica.
Óleo de Copaíba <i>Copaifera officinalis</i>	Utilizado por suas propriedades medicinais, no combate aos catarros vesicais e pulmonares, disenterias, bronquites. Utilizado ainda para afecções da pele: úlceras crônicas, feridas, psoríase, urticárias e dermatoses; Infecções urinárias e cistites	Irritação das mucosas, dermatite de contato, urticária, petéquias em pacientes sensíveis e, ocasionalmente, manchas escuras após cicatrização.	Não há relatos.
Óleo de Andiroba <i>Carapa guianensis</i>	Potente cicatrizante, anti-inflamatório, no tratamento de inchaços, vermelhidão, psoríase, dermatites e brotoejas. Possui ainda ação relaxante muscular e bactericida. Pode ser utilizado como repelente de insetos, febrífuga e vermífuga. Em cosmética, é utilizado como emoliente e hidratante.	Não há relatos.	Não há relatos.
Catuaba <i>Anemopaegma mirandum</i>	Tônico energético usado no tratamento da fadiga, impotência sexual, insônia, nervosismo, falta de memória. Possui propriedades antissifilíticas e antidepressivas suaves, bem como antitussígenas e expectorantes.	Em gestantes, lactantes, crianças, em epilepsias, convulsões ou hiperatividade. Contraindicado ainda em pacientes com glaucoma.	Possuem efeitos sinérgicos com atropínicos e antidepressivos
Abútua <i>Chondrodendron platyphyllum</i>	Azia, desconforto gástrico, antiespasmódico, antibacteriano, antidiarreico, diurético e infecções urinárias.	Não há relatos.	Não há relatos.

Quadro 4 - Demonstrativo dos principais insumos utilizados pela população indígena nas práticas de cuidar (continuação)

PRODUTOS	INDICAÇÕES CLÍNICAS	CONTRAINDICAÇÕES	INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS
Amor-do-campo Desmodium adscendens	Afecções respiratórias, analgésico, antiespasmódico, artralgias e dores em geral. Transtornos menstruais, convulsões e epilepsias.	Não há relatos.	Não há relatos.
Barbatimão Stryphnodendron barbadetiman	Leucorréia, adstringente, feridas e úlceras pele oleosa, inflamação da garganta, diarreias e afecções escorbúticas.	Não há relatos.	Não há relatos.
Cipó-cruzeiro Chiococca brachiata	Doenças reumáticas, analgésico, anti-inflamatório; Diurético, poliúria dolorosa, anúria e albuminúria; Doenças venéreas; Constipação intestinal.	Gestação, diarreia crônica e pacientes com trombocitopenia.	Potencializa a ação do ácido acetilsalicílico, anti-inflamatórios que bloqueiam a ação das prostaglandinas, cumarinas (warfarina) e heparinas.
Cará-barbudo Dioscorea dodecaneura	Antidiabético, tônico em anorexias, ceratolítico, artralgias, diarreias crônicas.	Elevada segurança na utilização.	Não há relatos.
Carapiá Dorstenia brasiliensis	Antiespasmódica, emenagoga, diurética, estimulante, tratamento da diarreia, febre tifoide e febrífugo.	Poderá aumentar o fluxo menstrual	Potencializa anticoagulantes
Cipó-suma Anchieta salutaris	Afecções da pele, furunculose e urticária; Rubéola, sarampo, escarlatina, varicela, herpes simples e zoster, laxativo e emético.	Pode causar efeito emético.	Não há relatos.
Casca de Marapuama Ptychopelatum olacoides	Tônico neuromuscular, afrodisíaco masculino e feminino, utilizado contra fraquezas, gripes, impotência, reumatismo crônico, antidepressivo suave e ansiolítico suave.	Gestantes, lactantes e crianças.	Interage com sistema serotoninérgicos e noradrenérgicos, dopamina, anfetaminas, apomorfina e reserpina. Pode interagir com a catuaba.
Colônia Alpinia speciosa	Doenças reumáticas agudas e crônicas. Analgésico, anti-inflamatório, afecções gástricas, nevralgias, espasmos histéricos, anti-hipertensiva e antidepressiva. Antiofídica para jararacas.	Gestação, diarreia aguda e úlceras pépticas.	Não há relatos.
Erva-baleeira Cordia verbanacea	Doenças reumáticas agudas e crônicas. Analgésico, anti-inflamatório, afecções gástricas, bactericida, cicatrizante, adstringente e antihemorrágica.	Não há relatos.	Não há relatos.
Erva de Santa Maria Chenopodium ambrosioides	Parasitoses e vermes intestinais; Regulador do fígado e estômago, refluxo gastro-esofágico, cólicas, constipação crônica e hemorroidas. Tosse, asma, bronquite, amebicida e laxante suave.	Gestação e lactação. Tribos indígenas utilizavam como contraceptivo. Uso interno do óleo essencial.	Não há relatos.

Quadro 4 - Demonstrativo dos principais insumos utilizados pela população indígena nas práticas de cuidar (continuação)

PRODUTOS	INDICAÇÕES CLÍNICAS	CONTRAINDICAÇÕES	INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS
Casca de Caroba Jacaranda copaia	Contém uma resina denominada "Carobona", além de seu princípio ativo, o alcaloide "Carobina". É diaforéticas (Casca) e antissifilíticas, debela feridas e elimina inflamações da garganta, amigdalites, faringites, gengivites, afecções da pele, coriza, blenorragia, dores reumáticas e musculares, diurética, disenteria amebiana, cálculos da bexiga.	Não há relatos	Não há relatos.
Folha-da-fortuna Kalanchoe pinnata	Inflamações diversas, anti-infeccioso, antiviral e antifúngico. Cefaleias e dores de ouvido, resfriados, gripes, reações alérgicas, erisipela, abscessos, calos, feridas, impetigo, verrugas, picadas de inseto e afecções digestivas.	Gravidez.	Potencializa barbitúricos, glicosídeos cardiotônicos, imunossupressores e depressores do SNC.
Guaco Mikania glomerata	Afecções respiratórias, sinusites, gripes e resfriados; Antitérmico, antisséptico e cicatrizante. Gotas, reumatismos, artralguas e dores em geral. Picadas de cobra: antitóxico.	Pacientes com distúrbios de coagulação e doenças hepáticas crônicas.	Potencializa anticoagulantes e atua como antagonista da vitamina K.
Jaborandi Pilocarpus microphyllus	Edema e infecções hídricas; Diuréticos, bronquite, antisséptico e expectorante.	Asma brônquica; Pacientes com Insuficiência cardíaca congestiva.	Potencializa ação de parassimpaticomiméticos.
Cidreira-brava Lippia alba	Digestiva, estomáquica, carminativa, ansiolítica, relaxante e antiespasmódica. Utilizada no tratamento de hemorroidas e hipertensão.	Hipotensos e gestantes.	Não há relatos.
Raízes de manacá Brunfelsia hopeana	Atual no combate a reumatismos e artrites, afecções inflamatórias, adenites, cólicas menstruais, câimbras, febres, gripes e resfriados, além de doenças venéreas.	Gravidez e lactação, pacientes com intolerância a salicilatos, diarreias crônicas e epilépticos.	Potencializa a ação do ácido acetilsalicílico, anti-inflamatórios que bloqueiam a ação das prostaglandinas, cumarinas (warfarina) e heparinas, além de inibidores da MAO.
Ginseng brasileiro Pfaffia paniculata	Tônico energético, rejuvenescedor e promotor do crescimento da massa muscular; regulador hormonal na TPM e menopausa; Fadiga, estresse e esgotamento físico. Impotência sexual e diminuição de libido.	Mulheres com câncer estrogênio-positivo.	Não há relatos.
Pata-de-vaca Bauhinia forficata	Antidiabético, purgativo e diurético. Redutor de colesterol e triglicérides. Antioxidante.	Pacientes com hipoglicemia.	Potencializa insulina e hipoglicemiantes orais.

Quadro 4 - Demonstrativo dos principais insumos utilizados pela população indígena nas práticas de cuidar (conclusão)

PRODUTOS	INDICAÇÕES CLÍNICAS	CONTRAINDICAÇÕES	INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS
Douradinha Waltheria indica	Afecções pulmonares; doenças venéreas, antissifilíticas; anti-inflamatória.	Não há relatos.	Potencializa a ação do ácido acetilsalicílico e anti-inflamatórios.
Pitanga Eugenia uniflora	Febres, afecções estomacais, reumatismos, hipertensão, obesidade, doenças cardiovasculares, calmante, anti-inflamatória, diurética e antioxidante.	Não há relatos.	Não há relatos.
Saião Kalanchoe pinnata	Anti-inflamatório, anti-infeccioso, antiviral e antifúngico. Otites e cefaleias. Infecções respiratórias superiores, reações alérgicas. Afecções digestivas.	Gestação e lactação.	Potencializa barbitúricos, glicosídeos cardiotônicos, imunossupressores e depressores do SNC.
Taiuíá Trianosperma tayuya	Tratamento da obesidade, edema peri-menstrual, diurético, constipação, artralguas e mialgias.	Diarreia crônica.	Não há relatos.

ANEXO – Carta de Pero Vaz de Caminha**MINISTÉRIO DA CULTURA****Fundação Biblioteca Nacional****Departamento Nacional do Livro A CARTA DE PERO VAZ DE CAMINHA****Fonte:** <http://objdigital.bn.br/Acervo_Digital/livros_eletronicos/carta.pdf>

Senhor:

Posto que o Capitão-mor desta vossa frota, e assim os outros capitães escrevam a Vossa Alteza a nova do achamento desta vossa terra nova, que ora nesta navegação se achou, não deixarei também de dar disso minha conta a Vossa Alteza, assim como eu melhor puder, ainda que — para o bem contar e falar — o saiba pior que todos fazer. Tome Vossa Alteza, porém, minha ignorância por boa vontade, e creia bem por certo que, para aformosear nem afeiar, não porei aqui mais do que aquilo que vi e me pareceu. Da marinagem e singraduras do caminho não darei aqui conta a Vossa Alteza, porque o não saberei fazer, e os pilotos devem ter esse cuidado. Portanto, Senhor, do que hei de falar começo e digo: A partida de Belém, como Vossa Alteza sabe, foi segunda-feira, 9 de março. Sábado, 14 do dito mês, entre as oito e nove horas, nos achamos entre as Canárias, mais perto da Grã- Canária, e ali andamos todo aquele dia em calma, à vista delas, obra de três a quatro léguas. E domingo, 22 do dito mês, às dez horas, pouco mais ou menos, havemos vista das ilhas de Cabo Verde, ou melhor, da ilha de S. Nicolau, segundo o dito de Pero Escolar, piloto. Na noite seguinte, segunda-feira, ao amanhecer, se perdeu da frota Vasco de Ataíde com sua nau, sem haver tempo forte nem contrário para que tal acontecesse. Fez o capitão suas diligências para o achar, a uma e outra parte, mas não apareceu mais! E assim seguimos nosso caminho, por este mar, de longo, até que, terça-feira das Oitavas de Páscoa, que foram 21 dias de abril, estando da dita Ilha obra de 660 ou 670 léguas, segundo os pilotos diziam, topamos alguns sinais de terra, os quais eram muita quantidade de ervas compridas, a que os mareantes chamam botelho, assim como outras a que dão o nome de rabo-de-asno. E quarta-feira seguinte, pela manhã, topamos aves a que chamam fura-buxos. Neste dia, a horas de véspera, havemos vista de terra! Primeiramente dum grande monte, mui alto e redondo; e doutras serras mais baixas ao sul dele; e de terra chã, com grandes arvoredos: ao monte alto o capitão pôs nome – o Monte Pascoal e à terra – a Terra da Vera Cruz. Mandou lançar

o prumo. Acharam vinte e cinco braças; e ao sol posto, obra de seis léguas da terra, surgimos âncoras, em dezenove braças — ancoragem limpa. Ali permanecemos toda aquela noite. E à quinta-feira, pela manhã, fizemos vela e seguimos em diretos à terra, indo os navios pequenos diante, por dezessete, dezesseis, quinze, catorze, treze, doze, dez e nove braças, até meia légua da terra, onde todos lançamos âncoras em frente à boca de um rio. E chegaríamos a esta ancoragem às dez horas pouco mais ou menos. Dali avistamos homens que andavam pela praia, obra de sete ou oito, segundo disseram os navios pequenos, por chegarem primeiro. Então lançamos fora os batéis e esquifes, e vieram logo todos os capitães das naus a esta nau do Capitão-mor, onde falaram entre si. E o Capitão-mor mandou em terra no batel a Nicolau Coelho para ver aquele rio. E tanto que ele começou de ir para lá, acudiram pela praia homens, quando aos dois, quando aos três, de maneira que, ao chegar o batel à boca do rio, já ali havia dezoito ou vinte homens. Eram pardos, todos nus, sem coisa alguma que lhes cobrisse suas vergonhas. Nas mãos traziam arcos com suas setas. Vinham todos rijos sobre o batel; e Nicolau Coelho lhes fez sinal que pousassem os arcos. E eles os pousaram. Ali não pôde deles haver fala, nem entendimento de proveito, por o mar quebrar na costa. Somente deu-lhes um barrete vermelho e uma carapuça de linho que levava na cabeça e um sombreiro preto. Um deles deu-lhe um sombreiro de penas de ave, compridas, com uma copazinha de penas vermelhas e pardas como de papagaio; e outro deu-lhe um ramal grande de continhas brancas, miúdas, que querem parecer de aljaveira, as quais peças creio que o Capitão manda a Vossa Alteza, e com isto se volveu às naus por ser tarde e não poder haver deles mais fala, por causa do mar. Na noite seguinte, ventou tanto sueste com chuvaceiros que fez caçar as naus, e especialmente a capitânia. E sexta pela manhã, às oito horas, pouco mais ou menos, por conselho dos pilotos, mandou o Capitão levantar âncoras e fazer vela; e fomos ao longo da costa, com os batéis e esquifes amarrados à popa na direção do norte, para ver se achávamos alguma abrigada e bom pouso, onde nos demorássemos, para tomar água e lenha. Não que nos minguasse, mas por aqui nos acertarmos. Quando fizemos vela, estariam já na praia assentados perto do rio obra de sessenta ou setenta homens que se haviam juntado ali poucos e poucos. Fomos de longo, e mandou o Capitão aos navios pequenos que seguissem mais chegados à terra e, se achassem pouso seguro para as naus, que amainassem. E, velejando nós pela costa, obra de dez léguas do sítio donde tínhamos levantado ferro, acharam os ditos navios pequenos um recife com um porto dentro, muito bom e muito seguro, com

uma mui larga entrada. E meteram-se dentro e amainaram. As naus arribaram sobre eles; e um pouco antes do sol posto amainaram também, obra de uma légua do recife, e ancoraram em onze braças. E estando Afonso Lopes, nosso piloto, em um daqueles navios pequenos, por mandado do Capitão, por ser homem vivo e destro para isso, meteu-se logo no esquife a sondar o porto dentro; e tomou dois daqueles homens da terra, mancebos e de bons corpos, que estavam numa almadia. Um deles trazia um arco e seis ou sete setas; e na praia andavam muitos com seus arcos e setas; mas de nada lhes serviram. Trouxe-os logo, já de noite, ao Capitão, em cuja nau foram recebidos com muito prazer e festa. A feição deles é serem pardos, maneira de avermelhados, de bons rostos e bons narizes, bem-feitos. Andam nus, sem nenhuma cobertura. Nem estimam de cobrir ou de mostrar suas vergonhas; e nisso têm tanta inocência como em mostrar o rosto. Ambos traziam os beiços de baixo furados e metidos neles seus ossos brancos e verdadeiros, de comprimento duma mão travessa, da grossura dum fuso de algodão, agudos na ponta como um furador. Metemnos pela parte de dentro do beiço; e a parte que lhes fica entre o beiço e os dentes é feita como roque de xadrez, ali encaixado de tal sorte que não os molesta, nem os estorva no falar, no comer ou no beber. Os cabelos seus são corredios. E andavam tosquiados, de tosquia alta, mais que de sobrepente, de boa grandura e rapados até por cima das orelhas. E um deles trazia por baixo da solapa, de fonte a fonte para detrás, uma espécie de cabeleira de penas de ave amarelas, que seria do comprimento de um coto, mui basta e mui cerrada, que lhe cobria o toutiço e as orelhas. E andava pegada aos cabelos, pena e pena, com uma confeição branda como cera (mas não o era), de maneira que a cabeleira ficava mui redonda e mui basta, e mui igual, e não fazia míngua mais lavagem para a levantar. O Capitão, quando eles vieram, estava sentado em uma cadeira, bem vestido, com um colar de ouro mui grande ao pescoço, e aos pés uma alcatifa por estrado. Sancho de Tovar, Simão de Miranda, Nicolau Coelho, Aires Correia, e nós outros que aqui na nau com ele vamos, sentados no chão, pela alcatifa. Acenderam-se tochas. Entraram. Mas não fizeram sinal de cortesia, nem de falar ao Capitão nem a ninguém. Porém um deles pôs olho no colar do Capitão, e começou de acenar com a mão para a terra e depois para o colar, como que nos dizendo que ali havia ouro. Também olhou para um castiçal de prata e assim mesmo acenava para a terra e novamente para o castiçal como se lá também houvesse prata. Mostraram-lhes um papagaio pardo que o Capitão traz consigo; tomaram-no logo na mão e acenaram para a terra, como quem

diz que os havia ali. Mostraram-lhes um carneiro: não fizeram caso. Mostraram-lhes uma galinha, quase tiveram medo dela: não lhe queriam pôr a mão; e depois a tomaram como que espantados. Deram-lhes ali de comer: pão e peixe cozido, confeitos, fartéis, mel e figos passados. Não quiseram comer quase nada daquilo; e, se alguma coisa provaram, logo a lançaram fora. Trouxeram-lhes vinho numa taça; mal lhe puseram a boca; não gostaram nada, nem quiseram mais. Trouxeram-lhes a água em uma albarrada. Não beberam. Mal a tomaram na boca, que lavaram, e logo a lançaram fora. Viu um deles umas contas de rosário, brancas; acenou que lhas dessem, folgou muito com elas, e lançou-as ao pescoço. Depois tirou-as e enrolou-as no braço e acenava para a terra e de novo para as contas e para o colar do Capitão, como dizendo que dariam ouro por aquilo. Isto tomávamos nós assim por assim o desejarmos. Mas se ele queria dizer que levaria as contas e mais o colar, isto não o queríamos nós entender, porque não lho havíamos de dar. E depois tornou as contas a quem lhas dera. Então estiraram-se de costas na alcatifa, a dormir, sem buscarem maneira de cobrirem suas vergonhas, as quais não eram fanadas; e as cabeleiras delas estavam bem rapadas e feitas. O Capitão lhes mandou pôr por baixo das cabeças seus coxins; e o da cabeleira esforçava-se por não a quebrar. E lançaram-lhes um manto por cima; e eles consentiram, quedaram-se e dormiram. Ao sábado pela manhã mandou o Capitão fazer vela, e fomos demandar a entrada, a qual era mui larga e alta de seis a sete braças. Entraram todas as naus dentro; e ancoraram em cinco ou seis braças – ancoragem dentro tão grande, tão formosa e tão segura, que podem abrigar-se nela mais de duzentos navios e naus. E tanto que as naus quedaram ancoradas, todos os capitães vieram a esta nau do Capitão-mor. E daqui mandou o Capitão a Nicolau Coelho e Bartolomeu Dias que fossem em terra e levassem aqueles dois homens e os deixassem ir com seu arco e setas, e isto depois que fez dar a cada um sua camisa nova, sua carapuça vermelha e um rosário de contas brancas de osso, que eles levaram nos braços, seus cascavéis e suas campainhas. E mandou com eles, para lá ficar, um mancebo degredado, criado de D. João Telo, a que chamam Afonso Ribeiro, para lá andar com eles e saber de seu viver e maneiras. E a mim mandou que fosse com Nicolau Coelho. Fomos assim de frecha direitos à praia. Ali acudiram logo obra de duzentos homens, todos nus, e com arcos e setas nas mãos. Aqueles que nós levávamos acenaram-lhes que se afastassem e pousassem os arcos; e eles os pousaram, mas não se afastaram muito. E mal pousaram os arcos, logo saíram os que nós levávamos, e o mancebo degredado com

eles. E saídos não pararam mais; nem esperavam um pelo outro, mas antes corriam a quem mais corria. E passaram um rio que por ali corre, de água doce, de muita água que lhes dava pela braga; e outros muitos com eles. E foram assim correndo, além do rio, entre umas moitas de palmas onde estavam outros. Ali pararam. Entretanto foi-se o degredado com um homem que, logo ao sair do batel, o agasalhou e o levou até lá. Mas logo tornaram a nós; e com ele vieram os outros que nós levávamos, os quais vinham já nus e sem carapuças. Então se começaram de chegar muitos. Entravam pela beira do mar para os batéis, até que mais não podiam; traziam cabaços de água, e tomavam alguns barris que nós levávamos: enchiam-nos de água e traziam-nos aos batéis. Não que eles de todos chegassem à borda do batel. Mas junto a ele, lançavam os barris que nós tomávamos; e pediam que lhes dessem alguma coisa. Levava Nicolau Coelho cascavéis e manilhas. E a uns dava um cascavel, a outros uma manilha, de maneira que com aquele engodo quase nos queriam dar a mão. Davam-nos daqueles arcos e setas por sombreiros e carapuças de linho ou por qualquer coisa que homem lhes queria dar. Dali se partiram os outros dois mancebos, que os não vimos mais. Muitos deles ou quase a maior parte dos que andavam ali traziam aqueles bicos de osso nos beiços. E alguns, que andavam sem eles, tinham os beiços furados e nos buracos uns espelhos de pau, que pareciam espelhos de borracha; outros traziam três daqueles bicos, a saber, um no meio e os dois nos cabos. Aí andavam outros, quartejados de cores, a saber, metade deles da sua própria cor, e metade de tintura preta, a modos de azulada; e outros quartejados de escaques. Ali andavam entre eles três ou quatro moças, bem moças e bem gentis, com cabelos muito pretos, compridos pelas espáduas, e suas vergonhas tão altas, tão cerradinhas e tão limpas das cabeleiras que, de as muito bem olharmos, não tínhamos nenhuma vergonha. Ali por então não houve mais fala ou entendimento com eles, por a barbaria deles ser tamanha, que se não entendia nem ouvia ninguém. Acenamos-lhes que se fossem; assim o fizeram e passaram-se além do rio. Saíram três ou quatro homens nossos dos batéis, e encheram não sei quantos barris de água que nós levávamos e tornamos às naus. Mas quando assim vínhamos, acenaram-nos que tornássemos. Tornamos e eles mandaram o degredado e não quiseram que ficasse lá com eles. Este levava uma bacia pequena e duas ou três carapuças vermelhas para lá as dar ao senhor, se o lá houvesse. Não cuidaram de lhe tomar nada, antes o mandaram com tudo. Mas então Bartolomeu Dias o fez outra vez tornar, ordenando que lhes desse aquilo. E ele tornou e o deu , à vista de nós, àquele que da primeira vez

agasalhara. Logo voltou e nós trouxemo-lo. Esse que o agasalhou era já de idade, e andava por louçainha todo cheio de penas, pegadas pelo corpo, que parecia asseteado como S. Sebastião. Outros traziam carapuças de penas amarelas; outros, de vermelhas; e outros de verdes. E uma daquelas moças era toda tingida, de baixo a cima daquela tintura; e certo era tão bem-feita e tão redonda, e sua vergonha (que ela não tinha) tão graciosa, que a muitas mulheres da nossa terra, vendo-lhe tais feições, fizera vergonha, por não terem a sua como ela. Nenhum deles era fanado, mas, todos assim como nós. E com isto nos tornamos e eles foram-se. À tarde saiu o Capitão-mor em seu batel com todos nós outros e com os outros capitães das naus em seus batéis a folgar pela baía, em frente da praia. Mas ninguém saiu em terra, porque o Capitão o não quis, sem embargo de ninguém nela estar. Somente saiu — ele com todos nós — em um ilhéu grande, que na baía está e que na baixa-mar fica mui vazio. Porém é por toda a parte cercado de água, de sorte que ninguém lá pode ir, a não ser de barco ou a nado. Ali folgou ele e todos nós outros, bem uma hora e meia. E alguns marinheiros, que ali andavam com um chinchorro, pescaram peixe miúdo, não muito. Então volvemo-nos às naus, já bem de noite. Ao domingo de Pascoela pela manhã, determinou o Capitão de ir ouvir missa e pregação naquele ilhéu. Mandou a todos os capitães que se aprestassem nos batéis e fossem com ele. E assim foi feito. Mandou naquele ilhéu armar um esperavel, e dentro dele um altar mui bem corregido. E ali com todos nós outros fez dizer missa, a qual foi dita pelo padre frei Henrique, em voz entoada, e oficiada com aquela mesma voz pelos outros padres e sacerdotes, que todos eram ali. A qual missa, segundo meu parecer, foi ouvida por todos com muito prazer e devoção. Ali era com o Capitão a bandeira de Cristo, com que saiu de Belém, a qual esteve sempre levantada, da parte do Evangelho. Acabada a missa, desvestiu-se o padre e subiu a uma cadeira alta; e nós todos lançados por essa areia. E pregou uma solene e proveitosa pregação da história do Evangelho, ao fim da qual tratou da nossa vinda e do achamento desta terra, conformando-se com o sinal da Cruz, sob cuja obediência viemos, o que foi muito a propósito e fez muita devoção. Enquanto estivemos à missa e à pregação, seria na praia outra tanta gente, pouco mais ou menos como a de ontem, com seus arcos e setas, a qual andava folgando. E olhando-nos, sentaram-se. E, depois de acabada a missa, assentados nós à pregação, levantaram-se muitos deles, tangeram corno ou buzina, e começaram a saltar e dançar um pedaço. E alguns deles se metiam em almadias — duas ou três que aí tinham — as quais não são feitas como as que eu já

vi; somente são três traves, atadas entre si. E ali se metiam quatro ou cinco, ou esses que queriam não se afastando quase nada da terra, senão enquanto podiam tomar pé. Acabada a pregação, voltou o Capitão, com todos nós, para os batéis, com nossa bandeira alta. Embarcamos e fomos todos em direção à terra para passarmos ao longo por onde eles estavam, indo, na dianteira, por ordem do Capitão, Bartolomeu Dias em seu esquife, com um pau de uma almadia que lhes o mar levara, para lho dar; e nós todos, obra de tiro de pedra, atrás dele. Como viram o esquife de Bartolomeu Dias, chegaram-se logo todos à água, metendo-se nela até onde mais podiam. Acenaram-lhes que pousassem os arcos; e muitos deles os iam logo pôr em terra; e outros não. Andava aí um que falava muito aos outros que se afastassem, mas não que a mim me parecesse que lhe tinham acatamento ou medo. Este que os assim andava afastando trazia seu arco e setas, e andava tinto de tintura vermelha pelos peitos, espáduas, quadris, coxas e pernas até baixo, mas os vazios com a barriga e estômago eram de sua própria cor. E a tintura era assim vermelha que a água a não comia nem desfazia, antes, quando saía da água, parecia mais vermelha. Saiu um homem do esquife de Bartolomeu Dias e andava entre eles, sem implicarem nada com ele para fazer-lhe mal. Antes lhe davam cabaças de água, e acenavam aos do esquife que saíssem em terra. Com isto se volveu Bartolomeu Dias ao Capitão; e viemo-nos às naus, a comer, tangendo gaitas e trombetas, sem lhes dar mais opressão. E eles tornaram-se a assentar na praia e assim por então ficaram. Neste ilhéu, onde fomos ouvir missa e pregação, a água espraia muito, deixando muita areia e muito cascalho a descoberto. Enquanto aí estávamos, foram alguns buscar marisco e apenas acharam alguns camarões grossos e curtos, entre os quais vinha um tão grande e tão grosso, como em nenhum tempo vi tamanho. Também acharam cascas de berbigões e amêijoas, mas não toparam com nenhuma peça inteira. E tanto que comemos, vieram logo todos os capitães a esta nau, por ordem do Capitão-mor, com os quais ele se apartou, e eu na companhia. E perguntou a todos se nos parecia bem mandar a nova do achamento desta terra a Vossa Alteza pelo navio dos mantimentos, para a melhor a mandar descobrir e saber dela mais do que nós agora podíamos saber, por irmos de nossa viagem. E entre muitas falas que no caso se fizeram, foi por todos ou a maior parte dito que seria muito bem. E nisto concluíram. E tanto que a conclusão foi tomada, perguntou mais se lhes parecia bem tomar aqui por força um par destes homens para os mandar a Vossa Alteza, deixando aqui por eles outros dois destes degredados. Sobre isto acordaram que não era necessário tomar por força

homens, porque era geral costume dos que assim levavam por força para alguma parte dizerem que há ali de tudo quanto lhes perguntam; e que melhor e muito melhor informação da terra dariam dois homens destes degredados que aqui deixassem, do que eles dariam se os levassem, por ser gente que ninguém entende. Nem eles tão cedo aprenderiam a falar para o saberem tão bem dizer que muito melhor estoutros o não digam, quando Vossa Alteza cá mandar. E que, portanto, não cuidassem de aqui tomar ninguém por força nem de fazer escândalo, para de todo mais os amansar e apacificar, senão somente deixar aqui os dois degredados, quando daqui partíssemos. E assim, por melhor a todos parecer, ficou determinado. Acabado isto, disse o Capitão que fôssemos nos batéis em terra e ver-se-ia bem como era o rio, e também para folgarmos. Fomos todos nos batéis em terra, armados e a bandeira conosco. Eles andavam ali na praia, à boca do rio, para onde nós íamos; e, antes que chegássemos, pelo ensino que dantes tinham, puseram todos os arcos, e acenavam que saíssemos. Mas, tanto que os batéis puseram as proas em terra, passaramse logo todos além do rio, o qual não é mais largo que um jogo de mancal. E mal desembarcamos, alguns dos nossos passaram logo o rio, e meteram-se entre eles. Alguns aguardavam; outros afastavam-se. Era, porém, a coisa de maneira que todos andavam misturados. Eles ofereciam desses arcos com suas setas por sombreiros e carapuças de linho ou por qualquer coisa que lhes davam. Passaram além tantos dos nossos, e andavam assim misturados com eles, que eles se esquivavam e afastavam-se. E deles alguns iam-se para cima onde outros estavam. Então o Capitão fez que dois homens o tomassem ao colo, passou o rio, e fez tornar a todos. A gente que ali estava não seria mais que a costumada. E tanto que o Capitão fez tornar a todos, vieram a ele alguns daqueles, não porque o conhecessem por Senhor, pois me parece que não entendem, nem tomavam disso conhecimento, mas porque a gente nossa passava já para aquém do rio. Ali falavam e traziam muitos arcos e continhas daquelas já ditas, e resgatavam-nas por qualquer coisa, em tal maneira que os nossos trouxeram dali para as naus muitos arcos e setas e contas. Então tornou-se o Capitão aquém do rio, e logo acudiram muitos à beira dele. Ali veríeis galantes, pintados de preto e vermelho, e quartejados, assim nos corpos, como nas pernas, que, certo, pareciam bem assim. Também andavam, entre eles, quatro ou cinco mulheres moças, nuas como eles, que não pareciam mal. Entre elas andava uma com uma coxa, do Joelho até o quadril, e a nádega, toda tinta daquela tintura preta; e o resto, tudo da sua própria cor. Outra trazia ambos os joelhos, com as curvas assim tintas, e também os colos dos pés; e suas

vergonhas tão nuas e com tanta inocência descobertas, que nisso não havia nenhuma vergonha. Também andava aí outra mulher moça com um menino ou menina ao colo, atado com um pano (não sei de quê) aos peitos, de modo que apenas as perninhas lhe apareciam. Mas as pernas da mãe e o resto não traziam pano algum. Depois andou o Capitão para cima ao longo do rio, que corre sempre chegado à praia. Ali esperou um velho, que trazia na mão uma pá de almadia. Falava, enquanto o Capitão esteve com ele, perante nós todos, sem nunca ninguém o entender, nem ele a nós quantas coisas que lhe demandávamos acerca de ouro, que nós desejávamos saber se na terra havia. Trazia este velho o beijo tão furado, que lhe caberia pelo furo um grande dedo polegar, e metida nele uma pedra verde, ruim, que cerrava por fora esse buraco. O Capitão lha fez tirar. E ele não sei que diabo falava e ia com ela direito ao Capitão, para lha meter na boca. Estivemos sobre isso rindo um pouco; e então enfadou-se o Capitão e deixou-o. E um dos nossos deu-lhe pela pedra um sombreiro velho, não por ela valer alguma coisa, mas por amostra. Depois houve-a o Capitão, segundo creio, para, com as outras coisas, a mandar a Vossa Alteza. Andamos por aí vendo a ribeira, a qual é de muita água e muito boa. Ao longo dela há muitas palmas, não muito altas, em que há muito bons palmitos. Colhemos e comemos deles muitos. Então tornou-se o Capitão para baixo para a boca do rio, onde havíamos desembarcado. Além do rio, andavam muitos deles dançando e folgando, uns diante dos outros, sem se tomarem pelas mãos. E faziam-no bem. Passou-se então além do rio Diogo Dias, almoxarife que foi de Sacavém, que é homem gracioso e de prazer; e levou consigo um gaiteiro nosso com sua gaita. E meteu-se com eles a dançar, tomando-os pelas mãos; e eles folgavam e riam, e andavam com ele muito bem ao som da gaita. Depois de dançarem, fez-lhes ali, andando no chão, muitas voltas ligeiras, e salto real, de que eles se espantavam e riam e folgavam muito. E conquanto com aquilo muito os segurou e afagou, tomavam logo uma esquiveza como de animais monteses, e foram-se para cima. E então o Capitão passou o rio com todos nós outros, e fomos pela praia de longo, indo os batéis, assim, rente da terra. Fomos até uma lagoa grande de água doce, que está junto com a praia, porque toda aquela ribeira do mar é apaulada por cima e sai a água por muitos lugares. E depois de passarmos o rio, foram uns sete ou oito deles andar entre os marinheiros que se recolhiam aos batéis. E levaram dali um tubarão, que Bartolomeu Dias matou, lhes levou e lançou na praia. Bastará dizer-vos que até aqui, como quer que eles um pouco se amansassem, logo duma mão para outra se esquivavam, como pardais, do cevadoiro.

Homem não lhes ousa falar de rijo para não se esquivarem mais; e tudo se passa como eles querem, para os bem amansar. O Capitão ao velho, com quem falou, deu uma carapuça vermelha. E com toda a fala que entre ambos se passou e com a carapuça que lhe deu, tanto que se apartou e começou de passar o rio, foise logo recatando e não quis mais tornar de lá para aquém. Os outros dois, que o Capitão teve nas naus, a que deu o que já disse, nunca mais aqui apareceram – do que tiro ser gente bestial, de pouco saber e por isso tão esquiva. Porém e com tudo isso andam muito bem curados e muito limpos. E naquilo me parece ainda mais que são como aves ou alimárias monteses, às quais faz o ar melhor pena e melhor cabelo que às mansas, porque os corpos seus são tão limpos, tão gordos e tão formosos, que não pode mais ser. Isto me faz presumir que não têm casas nem moradas a que se acolham, e o ar, a que se criam, os faz tais. Nem nós ainda até agora vimos nenhuma casa ou maneira delas. Mandou o Capitão aquele degredado Afonso Ribeiro, que se fosse outra vez com eles. Ele foi e andou lá um bom pedaço, mas à tarde tornou-se, que o fizeram eles vir e não o quiseram lá consentir. E deram-lhe arcos e setas; e não lhe tomaram nenhuma coisa do seu. Antes – disse ele – que um lhe tomara umas continhas amarelas, que levava, e fugia com elas, e ele se queixou e os outros foram logo após, e lhas tomaram e tornaram-lhas a dar; e então mandaram-no vir. Disse que não vira lá entre eles senão umas choupaninhas de rama verde e de fetos muito grandes, como de Entre Douro e Minho. E assim nos tornamos às naus, já quase noite, a dormir. À segunda-feira, depois de comer, saímos todos em terra a tomar água. Ali vieram então muitos, mas não tantos como as outras vezes. Já muito poucos traziam arcos. Estiveram assim um pouco afastados de nós; e depois pouco a pouco misturaram-se conosco. Abraçavam-nos e folgavam. E alguns deles se esquivavam logo. Ali davam alguns arcos por folhas de papel e por alguma carapucinha velha ou por qualquer coisa. Em tal maneira isto se passou, que bem vinte ou trinta pessoas das nossas se foram com eles, onde outros muitos estavam com moças e mulheres. E trouxeram de lá muitos arcos e barretes de penas de aves, deles verdes e deles amarelos, dos quais, creio, o Capitão há de mandar amostra a Vossa Alteza. E, segundo diziam esses que lá foram, folgavam com eles. Neste dia os vimos mais de perto e mais à nossa vontade, por andarmos quase todos misturados. Ali, alguns andavam daquelas tinturas quartejados; outros de metades; outros de tanta feição, como em panos de armar, e todos com os beiços furados, e muitos com os ossos neles, e outros sem ossos. Alguns traziam uns ouriços verdes, de árvores, que, na

cor, queriam parecer de castanheiros, embora mais pequenos. E eram cheios duns grãos vermelhos pequenos, que, esmagando-os entre os dedos, faziam tintura muito vermelha, de que eles andavam tintos. E quanto mais se molhavam, tanto mais vermelhos ficavam. Todos andam rapados até cima das orelhas; e assim as sobrancelhas e pestanas. Trazem todos as testas, de fonte a fonte, tintas da tintura preta, que parece uma fita preta, da largura de dois dedos. E o Capitão mandou aquele degredado Afonso Ribeiro e a outros dois degredados, que fossem lá andar entre eles; e assim a Diogo Dias, por ser homem ledo, com que eles folgavam. Aos degredados mandou que ficassem lá esta noite. Foram-se lá todos, e andaram entre eles. E, segundo eles diziam, foram bem uma légua e meia a uma povoação, em que haveria nove ou dez casas, as quais eram tão compridas, cada uma, como esta nau capitânia. Eram de madeira, e das ilhargas de tábuas, e cobertas de palha, de razoada altura; todas duma só peça, sem nenhum repartimento, tinham dentro muitos esteios; e, de esteio a esteio, uma rede atada pelos cabos, alta, em que dormiam. Debaixo, para se aquecerem, faziam seus fogos. E tinha cada casa duas portas pequenas, uma num cabo, e outra no outro. Diziam que em cada casa se recolhiam trinta ou quarenta pessoas, e que assim os achavam; e que lhes davam de comer daquela vianda, que eles tinham, a saber, muito inhame e outras sementes, que na terra há e eles comem. Mas, quando se fez tarde fizeram-nos logo tornar a todos e não quiseram que lá ficasse nenhum. Ainda, segundo diziam, queriam vir com eles. Resgataram lá por cascavéis e por outras coisinhas de pouco valor, que levavam, papagaios vermelhos, muito grandes e formosos, e dois verdes pequeninos e carapuças de penas verdes, e um pano de penas de muitas cores, maneira de tecido assaz formoso, segundo Vossa Alteza todas estas coisas verá, porque o Capitão vo-las há de mandar, segundo ele disse. E com isto vieram; e nós tornámo-nos às naus. À terça-feira, depois de comer, fomos em terra dar guarda de lenha e lavar roupa. Estavam na praia, quando chegamos, obra de sessenta ou setenta sem arcos e sem nada. Tanto que chegamos, vieram logo para nós, sem se esquivarem. Depois acudiram muitos, que seriam bem duzentos, todos sem arcos; e misturaram-se todos tanto conosco que alguns nos ajudavam a acarretar lenha e a meter nos batéis. E lutavam com os nossos e tomavam muito prazer. Enquanto cortávamos a lenha, faziam dois carpinteiros uma grande Cruz, dum pau, que ontem para isso se cortou. Muitos deles vinham ali estar com os carpinteiros. E creio que o faziam mais por verem a ferramenta de ferro com que a faziam, do que por verem a Cruz, porque eles não tem coisa que de ferro seja, e

cortam sua madeira e paus com pedras feitas como cunhas, metidas em um pau entre duas talas, mui bem atadas e por tal maneira que andam fortes, segundo diziam os homens, que ontem a suas casas foram, porque lhas viram lá. Era já a conversação deles conosco tanta, que quase nos estorvavam no que havíamos de fazer. O Capitão mandou a dois degredados e a Diogo Dias que fossem lá à aldeia (e a outras, se houvessem novas delas) e que, em toda a maneira, não viessem dormir às naus, ainda que eles os mandassem. E assim se foram. Enquanto andávamos nessa mata a cortar lenha, atravessavam alguns papagaios por essas árvores, deles verdes e outros pardos, grandes e pequenos, de maneira que me parece que haverá muitos nesta terra. Porém eu não veria mais que até nove ou dez. Outras aves então não vimos, somente algumas pombas-seixas, e pareceram-me bastante maiores que as de Portugal. Alguns diziam que viram rolas; eu não as vi. Mas, segundo os arvoredos são mui muitos e grandes, e de infindas maneiras, não duvido que por esse sertão haja muitas aves! Cerca da noite nos volvemos para as naus com nossa lenha. Eu creio, Senhor, que ainda não dei conta aqui a Vossa Alteza da feição de seus arcos e setas. Os arcos são pretos e compridos, as setas também compridas e os ferros delas de canas aparadas, segundo Vossa Alteza verá por alguns que – eu creio — o Capitão a Ela há de enviar. À quarta-feira não fomos em terra, porque o Capitão andou todo o dia no navio dos mantimentos a despejá-lo e fazer levar às naus isso que cada uma podia levar. Eles acudiram à praia; muitos, segundo das naus vimos. No dizer de Sancho de Tovar, que lá foi, seriam obra de trezentos. Diogo Dias e Afonso Ribeiro, o degredado, aos quais o Capitão ontem mandou que em toda maneira lá dormissem, volveram-se, já de noite, por eles não quererem que lá ficassem. Trouxeram papagaios verdes e outras aves pretas, quase como pegas, a não ser que tinham o bico branco e os rabos curtos. Quando Sancho de Tovar se recolheu à nau, queriam vir com ele alguns, mas ele não quis senão dois mancebos dispostos e homens de prol. Mandou-os essa noite mui bem pensar e curar. Comeram toda a vianda que lhes deram; e mandou fazer-lhes cama de lençóis, segundo ele disse. Dormiram e folgaram aquela noite. E assim não houve mais este dia que para escrever seja. À quinta-feira, derradeiro de abril, comemos logo, quase pela manhã, e fomos em terra por mais lenha e água. E, em querendo o Capitão sair desta nau, chegou Sancho de Tovar com seus dois hóspedes. E por ele ainda não ter comido, puseram-lhe toalhas. Trouxeram-lhe vianda e comeu. Aos hóspedes, sentaram cada um em sua cadeira. E de tudo o que lhes deram comeram mui bem, especialmente lacão cozido, frio, e arroz. Não lhes

deram vinho, por Sancho de Tovar dizer que o não bebiam bem. Acabado o comer, metemo-nos todos no batel e eles conosco. Deu um grumete a um deles uma armadura grande de porco montês, bem revolta. Tanto que a tomou, meteu-a logo no beijo, e, porque se lhe não queria segurar, deram-lhe uma pequena de cera vermelha. E ele ajeitou-lhe seu adereço detrás para ficar segura, e meteu-a no beijo, assim revolta para cima. E vinha tão contente com ela, como se tivesse uma grande jóia. E tanto que saímos em terra, foi-se logo com ela, e não apareceu mais aí. Andariam na praia, quando saímos, oito ou dez deles; e de aí a pouco começaram a vir mais. E parece-me que viriam, este dia, à praia quatrocentos ou quatrocentos e cinqüenta. Traziam alguns deles arcos e setas, que todos trocaram por carapuças ou por qualquer coisa que lhes davam. Comiam conosco do que lhes dávamos. Bebiam alguns deles vinho; outros o não podiam beber. Mas parece-me, que se lho avezarem, o beberão de boa vontade. Andavam todos tão dispostos, tão bem-feitos e galantes com suas tinturas, que pareciam bem. Acarretavam dessa lenha, quanta podiam, com mui boa vontade, e levavam-na aos batéis. Andavam já mais mansos e seguros entre nós, do que nós andávamos entre eles. Foi o Capitão com alguns de nós um pedaço por este arvoredado até uma ribeira grande e de muita água que, a nosso parecer, era esta mesma, que vem ter à praia, e em que nós tomamos água. Ali ficamos um pedaço, bebendo e folgando, ao longo dela, entre esse arvoredado, que é tanto, tamanho, tão basto e de tantas prumagens, que homens as não podem contar. Há entre ele muitas palmas, de que colhemos muitos e bons palmitos. Quando saímos do batel, disse o Capitão que seria bom irmos direitos à Cruz, que estava encostada a uma árvore, junto com o rio, para se erguer amanhã, que é sexta-feira, e que nos puséssemos todos de joelhos e a beijássemos para eles verem o acatamento que lhe tínhamos. E assim fizemos. A esses dez ou doze que aí estavam, acenaram-lhe que fizessem assim, e foram logo todos beijá-la. Parece-me gente de tal inocência que, se homem os entendesse e eles a nós, seriam logo cristãos, porque eles, segundo parece, não têm, nem entendem em nenhuma crença. E portanto, se os degredados, que aqui hão de ficar aprenderem bem a sua fala e os entenderem, não duvido que eles, segundo a santa intenção de Vossa Alteza, se hão de fazer cristãos e crer em nossa santa fé, à qual praza a Nosso Senhor que os traga, porque, certo, esta gente é boa e de boa simplicidade. E imprimir-se-á ligeiramente neles qualquer cunho, que lhes quiserem dar. E pois Nosso Senhor, que lhes deu bons corpos e bons rostos, como a bons homens, por aqui nos trouxe, creio que não foi sem causa. Portanto

Vossa Alteza, que tanto deseja acrescentar a santa fé católica, deve cuidar da sua salvação. E prazera a Deus que com pouco trabalho seja assim. Eles não lavram, nem criam. Não há aqui boi, nem vaca, nem cabra, nem ovelha, nem galinha, nem qualquer outra alimária, que costumada seja ao viver dos homens. Nem comem senão desse inhame, que aqui há muito, e dessa semente e frutos, que a terra e as árvores de si lançam. E com isto andam tais e tão rijos e tão nédios, que o não somos nós tanto, com quanto trigo e legumes comemos. Neste dia, enquanto ali andaram, dançaram e bailaram sempre com os nossos, ao som dum tamboril dos nossos, em maneira que são muito mais nossos amigos que nós seus. Se lhes homem acenava se queriam vir às naus, faziam-se logo prestes para isso, em tal maneira que, se a gente todos quisera convidar, todos vieram. Porém não trouxemos esta noite às naus, senão quatro ou cinco, a saber: o Capitão-mor, dois; e Simão de Miranda, um, que trazia já por pajem; e Aires Gomes, outro, também por pajem. Um dos que o Capitão trouxe era um dos hóspedes, que lhe trouxeram da primeira vez, quando aqui chegamos, o qual veio hoje aqui, vestido na sua camisa, e com ele um seu irmão; e foram esta noite mui bem agasalhados, assim de vianda, como de cama, de colchões e lençóis, para os mais amansar. E hoje, que é sexta-feira, primeiro dia de maio, pela manhã, saímos em terra, com nossa bandeira; e fomos desembarcar acima do rio contra o sul, onde nos pareceu que seria melhor chantar a Cruz, para melhor ser vista. Ali assinalou o Capitão o lugar, onde fizessem a cova para a chantar. Enquanto a ficaram fazendo, ele com todos nós outros fomos pela Cruz abaixo do rio, onde ela estava. Dali a trouxemos com esses religiosos e sacerdotes diante cantando, em maneira de procissão. Eram já aí alguns deles, obra de setenta ou oitenta; e, quando nos viram assim vir, alguns se foram meter debaixo dela, para nos ajudar. Passamos o rio, ao longo da praia e fomo-la pôr onde havia de ficar, que será do rio obra de dois tiros de besta. Andando-se ali nisto, vieram bem cento e cinqüenta ou mais. Chantada a Cruz, com as armas e a divisa de Vossa Alteza, que primeiramente lhe pregaram, armaram altar ao pé dela. Ali disse missa o padre frei Henrique, a qual foi cantada e oficiada por esses já ditos. Ali estiveram conosco a ela obra de cinqüenta ou sessenta deles, assentados todos de joelhos, assim como nós. E quando veio ao Evangelho, que nos erguemos todos em pé, com as mãos levantadas, eles se levantaram conosco e alçaram as mãos, ficando assim, até ser acabado; e então tornaram-se a assentar como nós. E quando levantaram a Deus, que nos pusemos de joelhos, eles se puseram assim todos, como nós estávamos com as mãos levantadas, e em tal

maneira sossegados, que, certifico a Vossa Alteza, nos fez muita devoção. Estiveram assim conosco até acabada a comunhão, depois da qual comungaram esses religiosos e sacerdotes e o Capitão com alguns de nós outros. Alguns deles, por o sol ser grande, quando estávamos comungando, levantaram-se, e outros estiveram e ficaram. Um deles, homem de cinqüenta ou cinqüenta e cinco anos, continuou ali com aqueles que ficaram. Esse, estando nós assim, ajuntava estes, que ali ficaram, e ainda chamava outros. E andando assim entre eles falando, lhes acenou com o dedo para o altar e depois apontou o dedo para o Céu, como se lhes dissesse alguma coisa de bem; e nós assim o tomamos. Acabada a missa, tirou o padre a vestimenta de cima e ficou em alva; e assim se subiu junto com altar, em uma cadeira. Ali nos pregou do Evangelho e dos Apóstolos, cujo dia hoje é, tratando, ao fim da pregação, deste vosso prosseguimento tão santo e virtuoso, o que nos aumentou a devoção. Esses, que à pregação sempre estiveram, quedaram-se como nós olhando para ele. E aquele, que digo, chamava alguns que viessem para ali. Alguns vinham e outros iam-se. E, acabada a pregação, como Nicolau Coelho trouxesse muitas cruces de estanho com crucifixos, que lhe ficaram ainda da outra vinda, houveram por bem que se lançasse a cada um a sua ao pescoço. Pelo que o padre frei Henrique se assentou ao pé da Cruz e ali, a um por um, lançava a sua atada em um fio ao pescoço, fazendo-lha primeiro beijar e alevantar as mãos. Vinham a isso muitos; e lançaram-nas todas, que seriam obra de quarenta ou cinqüenta. Isto acabado – era já bem uma hora depois do meio-dia – viemos às naus a comer, trazendo o Capitão consigo aquele mesmo que fez aos outros aquela mostrança para o altar e para o Céu e um seu irmão com ele. Fez-lhe muita honra e deu-lhe uma camisa mourisca e ao outro uma camisa destoutras. E, segundo que a mim e a todos pareceu, esta gente não lhes falece outra coisa para ser toda cristã, senão entender-nos, porque assim tomavam aquilo que nos viam fazer, como nós mesmos, por onde nos pareceu a todos que nenhuma idolatria, nem adoração têm. E bem creio que, se Vossa Alteza aqui mandar quem entre eles mais devagar ande, que todos serão tornados ao desejo de Vossa Alteza. E por isso, se alguém vier, não deixe logo de vir clérigo para os batizar, porque já então terão mais conhecimento de nossa fé, pelos dois degredados, que aqui entre eles ficam, os quais, ambos, hoje também comungaram. Entre todos estes que hoje vieram, não veio mais que uma mulher moça, a qual esteve sempre à missa e a quem deram um pano com que se cobrisse. Puseram-lho a redor de si. Porém, ao assentar, não fazia grande memória de o estender bem, para se cobrir. Assim, Senhor, a inocência desta gente

é tal, que a de Adão não seria maior, quanto a vergonha. Ora veja Vossa Alteza se quem em tal inocência vive se converterá ou não, ensinando-lhes o que pertence à sua salvação. Acabado isto, fomos assim perante eles beijar a Cruz, despedimo-nos e viemos comer. Creio, Senhor, que com estes dois degredados ficam mais dois grumetes, que esta noite se saíram desta nau no esquife, fugidos para terra. Não vieram mais. E cremos que ficarão aqui, porque de manhã, prazendo a Deus, fazemos daqui nossa partida. Esta terra, Senhor, me parece que da ponta que mais contra o sul vimos até à outra ponta que contra o norte vem, de que nós deste porto houvessemos vista, será tamanha que haverá nela bem vinte ou vinte e cinco léguas por costa. Tem, ao longo do mar, nalgumas partes, grandes barreiras, delas vermelhas, delas brancas; e a terra por cima toda chã e muito cheia de grandes arvoredos. De ponta a ponta, é toda praia parma, muito chã e muito formosa. Pelo sertão nos pareceu, vista do mar, muito grande, porque, a estender olhos, não podíamos ver senão terra com arvoredos, que nos parecia muito longa. Nela, até agora, não pudemos saber que haja ouro, nem prata, nem coisa alguma de metal ou ferro; nem lho vimos. Porém a terra em si é de muito bons ares, assim frios e temperados como os de Entre Douro e Minho, porque neste tempo de agora os achávamos como os de lá. Águas são muitas; infindas. E em tal maneira é graciosa que, querendo-a aproveitar, dar-se-á nela tudo, por bem das águas que tem. Porém o melhor fruto, que nela se pode fazer, me parece que será salvar esta gente. E esta deve ser a principal semente que Vossa Alteza em ela deve lançar. E que aí não houvesse mais que ter aqui esta pousada para esta navegação de Calecute, bastaria. Quando mais disposição para se nela cumprir e fazer o que Vossa Alteza tanto deseja, a saber, acrescentamento da nossa santa fé. E nesta maneira, Senhor, dou aqui a Vossa Alteza do que nesta vossa terra vi. E, se algum pouco me alonguei, Ela me perdoe, que o desejo que tinha, de Vos tudo dizer, mo fez assim pôr pelo miúdo. E pois que, Senhor, é certo que, assim neste cargo que levo, como em outra qualquer coisa que de vosso serviço for, Vossa Alteza há de ser de mim muito bem servida, a Ela peço que, por me fazer singular mercê, mande vir da ilha de São Tomé a Jorge de Osório, meu genro – o que d'Ela receberei em muita mercê.

Beijo as mãos de Vossa Alteza.

Deste Porto Seguro, da Vossa Ilha de Vera Cruz, hoje, sexta-feira, primeiro dia de maio de 1500.

Pêro Vaz de Caminha