

PUCRS

ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA
DOUTORADO EM HISTÓRIA

DAIANE BRUM BITENCOURT

**REMÉDIOS DA TERRA, AMULETOS E MEDICINA POPULAR: A ETNOFARMACOBOTÂNICA
NAS ARTES DE CURAR DOS AMAZÔNIDAS ENTRE ORIXIMINÁ (PA) À NHAMUNDÁ (AM),
1870-1940**

Porto Alegre
2017

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

DAIANE BRUM BITENCOURT

REMÉDIOS DA TERRA, AMULETOS E MEDICINA POPULAR:
A ETNOFARMACOBOTÂNICA NAS ARTES DE CURAR DOS AMAZÔNIDAS ENTRE
ORIXIMINÁ (PA) À NHAMUNDÁ (AM), 1870-1940

Tese apresentada como requisito para a
obtenção do grau de Doutora pelo Programa
de Pós-Graduação em História da Pontifícia
Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Dr. Klaus Hilbert

Porto Alegre

2017

DAIANE BRUM BITENCOURT

REMÉDIOS DA TERRA, AMULETOS E MEDICINA POPULAR:
A ETNOFARMACOBOTÂNICA NAS ARTES DE CURAR DOS AMAZÔNIDAS ENTRE
ORIXIMINÁ (PA) À NHAMUNDÁ (AM), 1870-1940

Tese apresentada como requisito para a
obtenção do grau de Doutora pelo Programa
de Pós-Graduação em História da Pontifícia
Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovado em: ____ de _____ de 2017.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Klaus P. K. Hilbert (Orientador) – PPGH-PUCRS

Prof. Dr. Cláudio Ricken – PRESERVAR ARQUEOLOGIA

Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini – PPGSS-PUCRS

Prof. Dr. Guilherme Galhegos Felipe – PPGH-PUCRS

Profa. Dra. Célia M. C. Demartini – Museu de Arqueologia e Etnologia da USP

Porto Alegre

2017

Ficha Catalográfica

B624 Bitencourt, Daiane Brum

Remédios da Terra, Amuletos e Medicina Popular : A Etnofarmacobotânica nas Artes de Curar dos Amazônidas entre Oriximiná (PA) à Nhamundá (AM), 1870-1940 / Daiane Brum Bitencourt . – 2017.

222 f.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em História, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Klaus Peter Kristian Hilbert.

1. Baixo Amazonas. 2. Medicina Popular. 3. Artes de Curar. 4. Etnofarmacobotânica. 5. Cultura Material. I. Hilbert, Klaus Peter Kristian. II. Título.

Ao meu filho Pedro, que nasceu durante esta,
me ensinou que nada é impossível para quem
acredita.

AGRADECIMENTOS

Durante toda a pesquisa desta tese pude contemplar a imensidão do país que vivemos e ao mesmo tempo, sentir que as amizades podem sim extrapolar as fronteiras. Foram quatro anos de dedicação e muita descoberta, estas quais, sem dúvida alguma enriqueceram não somente minha pesquisa, mas também minha vida. Para chegar até aqui, o caminho certamente não foi fácil, porém, superável. Tão pouco foi solitário ou isolado. É neste sentido e com grande carinho que escrevo estas páginas.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pelo financiamento desta tese, e à CAPES-PROEX pelo financiamento de uma das etapas de pesquisa de campo, juntamente aos professores do PPGH-PUCRS que confiaram no potencial desta pesquisa e concederam o financiamento.

Ao meu professor e orientador, Prof. Dr. Klaus Hilbert por ter acreditado no projeto da tese e tê-lo acolhido. Agradeço a ele não somente por toda a sua contribuição durante a construção desta, por suas críticas e suas indicações, mas também por ter “advogado” por esta pesquisa em momentos bem complicados da minha vida. Tenha a certeza que isso fez toda a diferença!

Agradeço também à professora Dra. Gislene Monticelli e ao professor Dr. Guilherme Felipe, pela dedicação em todos os apontamentos e indicações para a melhoria desta pesquisa no exame de qualificação.

Às queridas e super competentes Carla Carvalho e Henrieta Sinohara, que não medem e não mediram esforços para ajudar em todos os momentos.

Às minhas amigas e também colegas de doutorado do PPGH-PUCRS, agora Doutoradas, Luciana de Oliveira e Daniela Garces, por todas as conversas, estímulos, risadas e apoio, além da leitura de boa parte desta escrita.

Aos meus queridos amigos, desde sempre, Viviane Pouey Vidal, Lautaro Hilbert e Kelli Bisonhim, pelo apoio e pela troca de ideias e referências durante a construção do projeto, além das revisões científicas.

Aos meus amigos do Laboratório de Pesquisas Arqueológicas (LPA) da PUCRS, Filipi Pompeu, Ana Gomes Bezerra, Carlos Melchades, Bruna Silveira e Alexandre Matos,

que moveram mundos e fundos para me ajudar a “terminar meu relacionamento sério” com a tese. Não existem nem palavras para descrever meu agradecimento a vocês!

Aos meus queridos amigos e entusiastas das pesquisas em História Oral do Núcleo de Estudos em História Oral (NEHO) da USP, que a cada encontro me transportavam para o universo de suas pesquisas e me que ensinaram muito sobre meu papel social como pesquisadora em comunidades, em especial a Marcela Boni, Edison Mariotte e Juliane Bonomo.

Aos queridos amigos e funcionários do Museu de Arqueologia e Etnologia da USP, Hélio da Rosa Miranda, Francisca Figols, Fátima de Souza e Célia Demartini, por todas as indicações e dedicação ao me ajudarem com a pesquisa, com as pilhas de catálogos e seleção das coleções arqueológicas do Museu Paulista e Instituto Cultural Banco Santos.

À querida amiga Rosangela Martins, do Museu Amazônico da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) por todas as suas indicações, seleção de leituras e de fontes primárias (maravilhosas) para esta pesquisa.

Ao professor e pesquisador Dr. Loureiro do Instituto Geográfico Histórico do Amazonas (IGHA) por todos os relatórios, documentos e jornais que indicou. Também por toda a sua dedicação e ajuda, à Sebastião Silva, que pacientemente me mostrou todas as referências bibliográficas e a história da “velha Manaus”!

Aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação da cidade de Oriximiná (PA), que me indicaram uma belíssima rede de colaboradores para os depoimentos desta pesquisa.

À Associação de Remanescentes de Quilombolas do Município de Oriximiná, PA (ARQMO), por terem aceitado e autorizado esta pesquisa e a realização de entrevistas com as comunidades Boa Vista e Lago Moura (Porto Trombetas, Oriximiná), me apresentando aos líderes quilombolas e me instalando em suas moradias com tanto carinho, em especial para Dona Zuleide Viana dos Santos e Seu Valério dos Santos da Comunidade Boa Vista, Dona Maria do Carmo Colé Viana e Seu José Lopes Santos da Comunidade Lago Moura e, por fim, Seu Claudemiro Colé Viana da Comunidade Abuí.

A todos os meus colaboradores e que concederam os depoimentos, mas em especial ao Seu Raimundo Guerreiro de Oriximiná, que foi meu guia em seu rabeta pelos lagos Sapucaá e Sacurí, Dona Ivanilde Cardoso de Oriximiná, Dona Raimunda Maciel e Antônio Beraldo de Terra Santa e Dona Socorrinho de Nhamundá (AM). Também um agradecimento

especial a Willen Bentes e sua família pelas indicações de colaboradores, e a Ana Cláudia e sua família, por terem aberto sua casa a minha estadia.

Aos meus pais, Lindomar e Neuza Bitencourt, por todos os dias, anos e décadas que em vem me ensinando a acreditar nos sonhos e ensinando-me a conquistá-los de forma honesta e honrada. Obrigada, me orgulho muito de vocês! À minha avó Antônia Vieira Brum, que apoiou esta pesquisa em seus momentos de fragilidade financeira. À César Andrade, pelo carinho, apoio e todo amor durante a fase mais dura deste último ano de doutorado. E a Tereza Travagin pelo seu imenso amor e cuidado com a joia mais linda da minha vida, o Pedro!

Aos membros desta banca, pelo aceite do convite e compreensão da minha prorrogação e por todas as contribuições a esta tese.

“Cada sopro do pajé é como hálito da primeira madrugada dos tempos. As palavras do pajé, seu canto entre a fumaça também são coisas que chegam dos tempos antigos. Ele, o pajé, só sabe falar de igarapé, de rio. ”

Márcio Souza. **História da Amazônia**, 2009.

“O curador é do começo do mundo. Deus deixou no mundo o dom do curador ... [que] era para existir!”

Sr. Daca. Comunidade Boa Vista do Lago Sacurí, Oriximiná, Pará, 2016.

RESUMO

Desde o século XVII, a Amazônia e a região do Baixo Amazonas brasileiro, vem sofrendo sucessivos impactos ambientais e culturais. Os contatos entre os exploradores, colonizadores, missionários e grupos tradicionais, trouxeram diferentes interpretações sobre o conhecimento do mundo, da floresta, das plantas, das lendas e dos sistemas terapêuticos adotados, suprimidos ou adaptados. O objetivo desta pesquisa é abordar as artes de curar no Baixo Amazonas (Pará e Amazonas) entre os anos de 1870 a 1940, relacionando-as ao imaginário social das doenças na região e aos curadores que atuaram e seus descendentes, como os benzedores, consertadores, parteiras, sacacás e curandeiros. Neste contexto, são evidenciadas as culturas familiares, a pluralidade de conhecimentos, o conhecimento compartilhado entre grupos tradicionais sobre a fauna e flora, e os rituais mágico-religiosos, todos objetivando os cuidados com o corpo e o retorno da saúde. É importante salientar que o processo histórico de troca de conhecimento entre os ameríndios, exploradores, colonizadores, ribeirinhos e quilombolas, e posteriormente com a medicina científica já em fins do século XIX, transformaram e influenciaram os comportamentos de todos estes grupos, em alguns espaços e prerrogativas adotadas. Portanto, é possível perceber a adoção de novas concepções sobre as doenças, de tratamentos e manutenção dos corpos e comportamentos, de tentativas de “adequação” dos ambientes e natureza insalubres através de discursos higienistas, e principalmente, na progressiva investida dos discursos desmoralizantes de figuras como os xamãs e curadores, além de seus universos explicativos sobre as enfermidades e terapêuticas. Tal processo, acabou por gerar documentos e escritas tendenciosas que os reduziram a invisibilidade e as margens da escrita da história.

Palavras-chave: Baixo Amazonas. Medicina Popular. Artes de Curar. Etnofarmacobotânica. Cultura Material.

ABSTRACT

Since the seventeenth century, the Amazon and the region which comprises of the Brazilian Amazon have been suffering successive environmental and cultural impacts. Contacts between colonists, explorers, missionaries and traditional groups have brought different interpretations to the awareness of the world, forest, plants, stories, and of the therapeutic systems adopted, suppressed and adapted. The objective of this research is to address the healing technique in the lowland Amazon region (States of Pará and Amazonas) between the years of 1870 and 1940, and the association between the social imaginary of diseases in the area and to the curators who worked and their descendants, such as shamans, midwives, *sacacas* and healers. In this context, evidence of the family cultures, the plurality of the knowledge, the experience shared between traditional groups regarding fauna and flora, and the spiritual-religious rituals, all aiming at the care of the body and the return of health, are discussed. It is important to point out that the historical process of knowledge exchange between pre-Columbian natives, explorers, European settlers, riverine and *quilombola* communities, and later, with modern 19th-century medicine, transformed and influenced the behaviour of all these groups, in some way and rights adopted. Therefore, it is possible to perceive the adoption of new conceptions about diseases, of treatments and maintenance of bodies and behaviours, of attempts to "fit" the unhealthy environments and nature through hygienic discourses. Becoming evident especially in the progressive invigoration of demoralising figures discourses such as shamans and healers, as well as their explanatory universes about illness and therapeutics. Consequently, the process eventually generated biased documents and writings that reduced them to invisibility and the margins of writing history.

Key-words: Lowland Amazon. Popular Medicine. Healing Arts. Ethnopharmacobotany. Material Culture.

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1: Indígenas Waiwai por Yves Billon, 1971. Disponível em: Instituto Socioambiental.	37
Fotografia 2: Indígena Hixkaryana por Yves Billon, 1971. T.I. Nhamundá-Mapuera. Disponível em: Instituto Socioambiental.	37
Fotografia 3: Moradores da Comunidade Boa Nova, Lago Sapucaá (PA), junho de 2012. Fotografia da autora.....	46
Fotografia 4: Vista aérea da Comunidade do Jauari. Fonte: Arquivo Associação dos Remanescentes de Quilombos de Oriximiná (ARQMO).	52
Fotografia 5: Dona Zuleide Viana, sobrinhos e netos na Comunidade Quilombola da Boa Vista (Porto Trombetas), Oriximiná, junho de 2016. Fotografia da autora.....	55
Fotografia 6: Dona Maria do Carmo e sua neta na confecção de xícaras e pires em cerâmica. Comunidade Quilombola Lago Moura, Oriximiná, junho de 2016. Fotografia da autora.	55
Fotografia 7: Seu José Lopes finalizando a decoração de sua panela de barro. Comunidade Quilombola Lago Moura, Oriximiná, junho de 2016. Fotografia da autora.	56
Fotografia 8: Réplica de vaso cerimonial estilo Konduri por seu José Lopes. Comunidade Quilombola Lago Moura, Oriximiná, junho de 2016. Fotografia da autora.	56
Fotografia 9: Rótulos do Especifico-Pessoa.....	89
Fotografia 10: Vidro do medicamento Específico 33 do Dr. Humphrey's, do ano de 1930....	93
Fotografia 11: Anúncio das Pílulas da Vida do Dr. Ross, 1920. Fonte: BUENO, 2008, p. 63.	94
Fotografia 12: Garrafadas para de homens e mulheres. Comércio por encomenda. Terra Santa – PA, junho de 2016. Fotografia da autora.....	95
Fotografia 13: Huaco mochica exibindo mutilação do nariz e lábio superior, lesões sugestivas de espúndia. Fonte: ALTAMIRANO-ENCISO, 2003, p. 862.	109
Fotografia 14: Huacos do Peru e Equador exibindo lesões faciais (desabamento de nariz) por leishmaniose.	109

Fotografia 15: Senhor Daca, benzedor na Comunidade Boa Vista do Lago Sacurí, Oriximiná, PA. Junho de 2016. Fotografia da autora.	139
Fotografia 16: Antônio Neto, curador e benzedor de Terra Santa, PA. Junho de 2016. Fotografia da autora.....	139
Fotografia 17: Dona Maria Enedina, parteira e agricultora aposentada. Comunidade Boa Vista do Lago Sacurí, Oriximiná – PA, junho de 2016. Fotografia da autora.....	142
Fotografia 18: Dona Raimunda Maciel, parteira. Terra Santa - PA, junho de 2016. Fotografia da autora.	142
Fotografia 19: Muiraquitã lítico encontrado em Óbidos, Baixo Amazonas, Pará. Coleção do Museu Paulista. Museu de Arqueologia e Etnologia da USP, RGA 537.....	164
Fotografia 20: Objeto de yet. Talvez muiraquitã, estudado pelo Dr. Barbosa Rodrigues. Coleção do Museu Paulista. Museu de Arqueologia e Etnologia da USP, RGA 423.....	164
Fotografia 21: Pingentes batraquiformes. Rochas diversas. Sequência de estilização de pingentes usados no Complexo Tapajós-Trombetas, Santarém, PA. Coleção Frederico Barata, 1959. Ver MPEG, 1986, p. 170.	164
Fotografia 22: Pendente de pedra branca. Alto Nhamundá. Doação Dr. Cantanho. Coleção do Museu Paulista. Museu de Arqueologia e Etnologia da USP, RGA 6000.....	165
Fotografia 23: Muiraquitã lítico lascado de ponta de projétil em forma de rabo de peixe. Localização: Rio Trombetas (PA). Coleção Sandrê. Instituto Cultural Banco Santos. Museu de Arqueologia e Etnologia da USP, SE1/0722.	165
Fotografia 24: Artefato lítico polido, com incisões e em formato zoomorfo. Pingente (pedra verde). Instituto Cultural Banco Santos. Coleção Sandrê. Museu de Arqueologia e Etnologia da USP, SE1/0733.	166
Fotografia 25: Artefato lítico em formato antropomorfo, polido com incisões. Furo transversal entre os bordos. Muiraquitã em pedra verde. Instituto Cultural Banco Santos. Coleção Sandrê. Museu de Arqueologia e Etnologia da USP, SE1/0728.	166
Fotografia 26: Pingentes zoomorfos em rochas diversas. Representação de um símio, duas aves, um peixe, uma arraia e uma cabeça de ofídio. Complexo Tapajós-Trombetas, Santarém, PA. Coleção Frederico Barata, 1959. Ver MPEG, 1986, p. 171.	166

Fotografia 27: Réplica de muiraquitã benzida por Dona Socorrinho. Nhamundá, AM, junho de 2016.	167
Fotografia 28: Réplica de muiraquitã de sapo estilizado em cerâmica, por Dona Zuleide Colé Viana. Comunidade Quilombola Boa Vista, Porto Trombetas, Oriximiná. Junho de 2016. Fotografia da autora.....	167
Fotografia 29: Dente de jacaré-assu usado como pingente para tornozelo na região entre Nhamundá e Parintins, Baixo Amazonas. Fotografia da autora.....	168
Fotografia 30: Adorno ósseo decorado com incisões. Baixo Amazonas. Instituto Cultural do Banco Santos. Coleção Arqueológica do Brasil. Museu de Arqueologia e Etnologia da USP, SE1/0742.	168
Fotografia 31: Onça sobre tartaruga. Universidade Federal, Belém (Valença e Furrer, 1984); Porro, 2010, p. 135.	171
Fotografia 32: Escultura de pedra em rocha indeterminada. Escultura zoomorfa em formato de quelônio. Complexo Tapajós-Trombetas, lago Joá, Santarém, PA. Ver: MPEG, 1986, p. 172.	172
Fotografia 33: Cachimbos angulares da Cultura Santarém, antropomorfos, zoomorfos e com estilização de rosáceas. Santarém e Oriximiná, PA. Coletor: Frederico Barata, Townsend e J. Moraes da Silva. Ver: MPEG, 1986, p. 162.....	175
Fotografia 34: Estatueta feminina da Cultura Santarém com decoração policrômica. Representação de deformação auricular e estilização de cocar. Santarém, PA. Coleção Frederico Barata, 1959. Ver: MPEG, 1986, p. 155.	177
Fotografia 35: Réplica de estatueta feminina antropomorfa “Índia com Bacia”, Cultura Santarém, por Dona Zuleide Viana. Comunidade Quilombola Boa Vista de Oriximiná, PA, junho de 2016.	177
Fotografia 36: Estatueta antropomorfa feminina em cerâmica, Cultura Santarém, com decoração policrômica. Representação de cocar cobre-nuca, deformação auricular com discos, jarreteiras e tornozeleiras estilizadas. Santarém, PA. Coleção Frederico Barata, 1959. Ver: MPEG, 1986, p. 158.....	178
Fotografia 37: Réplica de estatueta “Índia com dedo do pé na boca”, da fase Santarém/Tapajônica, pela ceramista Dona Zuleide Viana. Comunidade Quilombola Boa Vista de Oriximiná, PA, junho de 2016. Fotografia da autora.	178

Fotografia 38: Estatueta em cerâmica fase Santarém/Tapajônica. Estatueta masculina deitada com formato antropozoomorfo. Instituto Cultural Banco Santos. Coleção Arqueológica Brasileira. Museu de Arqueologia e Etnologia da USP, XX2-1568.	179
Fotografia 39: Estatueta em cerâmica fase Santarém/Tapajônica. Estatueta masculina deitada com formato antropozoomorfo. Instituto Cultural Banco Santos. Coleção Arqueológica Brasileira. Museu de Arqueologia e Etnologia da USP, XX2-1569.	179
Fotografia 40: Estatuetas zoomorfas representando dois cachorros e uma anta. Índios Kaxuyana, rio Cachorro, afluente do rio Trombetas, Baixo Amazonas, PA. Coletores Wallace & Friel, 1969. Ver: MPEG, 1986, p. 87.	180

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Campanha contra os micróbios e propaganda para tecidos microbicidas. Fonte: Almanach do Amazonas, 1908, p. 9.....	70
Figura 2: Representações do Jeca Tatu. Fonte: Medicamenta, Fontoura & Serpe, São Paulo, década de 1920.	79
Figura 3: Anúncio de produtos farmacêuticos no jornal do Amazonas, O Tacape, de 15 de novembro de 1902.	86
Figura 4: Propaganda de Água do Gerez, para doenças do fígado, baço e estômago. Fonte: Almanach do Amazonas, 1908, p. 109.....	87
Figura 5: Anúncio do Bálsamo Divino. Fonte: Anuario de Manaos, 1912-1913, p. 62. Acervo do Museu Amazônico, UFAM.....	90
Figura 6: Propaganda da medicação Maravilha da Amazonia, de Alberto Azevedo. Fonte: O Tacape, Litterario, Scientifico e Noticioso. Parintins, 19 de abril de 1903, p. 4. Acervo do IGHA.	90
Figura 7: Desenhos de dois tipos de frascos da Emulsão de Scott. Fonte: FIKE, 1987, p. 196.	92
Figura 8: Anúncio da Emulsão de Scott, 1917. Fonte: BUENO, 2008, p. 41.	92
Figura 9: Charge da Campanha de Erradicação da Febre Amarela no Pará realizada por Oswaldo Cruz em 1910. Fonte: COSTA, 1973, p. 109.....	116
Figura 10: Transporte de um maleitoso em rede. Fonte: FLORENCE, op. cit., p. 164.	120
Figura 11: Anúncio de medicações para icterícia, amarelão, malária, febres intermitentes (malária) e mordidas de animais peçonhentos. Fonte: Anuario de Manaos, 1913-1914, p. 54.	121
Figura 12: Representação de amuleto de São Roque, santo protetor da peste. Europa, século XIX. DRIGALSKI, 1964, p. 24.	159

LISTA DE MAPAS

- Mapa 1: Terras indígenas e quilombolas de Oriximiná. Fonte: Iepé e CPI/SP, 2012. 35
- Mapa 2: Localização geográfica das Terras Indígenas Trombetas-Mapuera, Nhamundá-Mapuera e Andirá-Marau do Baixo Amazonas. Fonte: Fonte: SIPAM. Base de Terras Indígenas IBAMA, 2006. Adaptação de SILVA et al, 2010, p. 49. 38
- Mapa 3: A região do Baixo Amazonas, centro de confecção e troca de muiraquitãs bem como das guerreiras Amazonas ou Icamíabas e dos complexos Tapajó e Konduri. COSTA et al, 2002, p. 480. 163
- Mapa 4: Localização das regiões onde os muiraquitãs e outras formas batraquianas teriam sido encontrados, segundo Boomert (1987), apud COSTA et al, 2002, p. 476. 163

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Terras Indígenas do Baixo Amazonas. Fonte: SIASI-FUNASA/MS, 2009; Queirós, 2006; ISA 2010, <i>apud</i> SILVA, M. et. al. 2010, p. 42	36
Tabela 2: Terras Quilombolas de Oriximiná. Fonte: Inventário de Referências Culturais dos Quilombolas de Oriximiná. Levantamento Preliminar. IPHAN; Ministério da Cultura, Oriximiná, 2014, pp. 16-17.	54
Tabela 3: Número de óbitos por tuberculose em Manaus, 1901 a 1907. Fonte: CAMPOS, 1909, p. 46.	100
Tabela 4: Registro com o número de óbitos por febre amarela no Pará em 1850. Fonte: COSTA, 1973, p. 41.	113
Tabela 5: Óbitos por Febre Amarela no período de 1900-1910, Pará. Fonte: COSTA, 1973, p. 87.	115
Tabela 6: Números de óbitos por Febre Amarela no Amazonas (1898-1907). Fonte: CAMPOS, 1909, p. 40.	116
Tabela 7: Números de óbitos geral e por malária em Manaus entre os anos de 1901 a 1907. Fonte: LOUREIRO, 2004, p. 65.	122
Tabela 8: Número geral de componentes terapêuticos e rituais da medicina tradicional no Baixo Amazonas.	146

LISTA DE SIGLAS

AM – Amazonas

APITIKATXI – Associação dos Povos Indígenas Tiriyo, Kaxuyana e Txikuyana

ARQMO – Associação dos Remanescentes de Quilombolas do Município de Oriximiná

CID – Classificação Internacional de Doenças

FAB – Força Aérea Brasileira

FLONA – Floresta Nacional

FLOTA – Floresta Estadual

FUNAI – Fundação Nacional do Índio

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

HIV - Human Immunodeficiency Virus

IBAMA – Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Renováveis

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

CPI – Comissão Pró-Índio

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

IEPÉ – Instituto de Pesquisa e Formação Indígena

INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

IPHAN – Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional

ISA – Instituto Socioambiental

ITERPA – Instituto de Terras do Pará

MNTB – Missões Novas Tribos do Brasil

MPF – Ministério Público Federal

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PA - Pará

PNI – Plano Nacional de Imunização

RCIU – Restrição de Crescimento Intra-uterino

SEMED – Secretaria Municipal da Educação

SESPA – Secretaria de Estado de Saúde Pública

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIVEP – Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

T.I. – Terra Indígena

T.Q. – Território Quilombola

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

Introdução	23
1. Baixo Amazonas: Comunidades e espaços culturais.....	29
1.1 <i>Os Remanescentes indígenas</i>	32
1.2 <i>Missões, Sociedade Cabocla e Ribeirinhos</i>	40
1.3 <i>Remanescentes Quilombolas</i>	47
2. As doenças têm lugar?	58
2.1 <i>Lugares de contato: Saúde e Doenças, Teorias e Práticas</i>	59
2.1.1 Teoria Hipocrática.....	60
2.1.2 Teoria Miasmática.....	62
2.1.3 Teoria Microbiana	68
2.2 <i>(Des) construindo lugares e estereótipos</i>	71
2.2.1 Os espaços	72
2.2.2 Os indivíduos e os costumes	76
2.3 <i>A Botica Viajante: Medicações populares nos interiores da Amazônia entre os séculos XIX e XX.....</i>	83
3. Enfermidades Amazônicas: Perspectivas Históricas e Culturais	97
3.1 <i>Endemias brasileiras e amazônicas.....</i>	98
3.2 <i>Leishmaniose ou a “doença dos narizes.....</i>	108
3.3 <i>Febre Amarela, Mal de São ou Febre das Antilhas</i>	111
3.4 <i>Malária, Sezões ou Impaludismo</i>	117
4. Sobre Medicina Popular, Benzeduras e Assopros.....	124
4.1 <i>Artes de curar, curadores e crenças entre as comunidades tradicionais do Baixo Amazonas.....</i>	127
4.1.1 O mundo físico e enfermidades.....	129
4.1.2 O mundo sobrenatural e as enfermidades	130
4.2 <i>Os remédios da Terra: Plantas, Óleos e Rezas</i>	144
4.2.1 Plantas Medicinais e Doenças Naturais	147
4.2.2 Partes animais para cura de doenças naturais.....	152
4.2.3 Plantas medicinais e usos rituais	153
4.2.4 Partes animais constituintes para rituais.....	155
4.2.5 Banhos de cheiro e garrafadas para atrativos	155
5. Amuletos, ídolos e encantarias	158

5.1	<i>Muiraquitãs, Contas e outros amuletos contemporâneos.....</i>	<i>160</i>
5.2	<i>Rituais e Cultura Material</i>	<i>170</i>
5.3	<i>Estatuetas e réplicas contemporâneas.....</i>	<i>176</i>
	Considerações finais	182
	REFERÊNCIAS	186
	FONTES PRIMÁRIAS – RELATÓRIOS	201
	FONTES PRIMÁRIAS - HEMEROTECA	202
	BIIBLIOGRAFIA.....	203
	Anexo A – Plantas de uso medicinal no Baixo Amazonas	207
	Anexo B - Dados Técnicos Gerais das Entrevistas e Autorizações	211

INTRODUÇÃO

Um dente. Uma história. Um sistema de crenças. O pluralismo de terapêuticas. A arqueologia da Medicina no Baixo Amazonas. Uma tese! Em tão poucos minutos essa foi a resposta do meu cérebro ao toque daquele pequeno objeto, um amuleto, mais precisamente um dente de jacaré-assu. Disseram-me que este amuleto protege da picada de cobra, e que deveria andar com ele como pingente em tornozeleira. Obviamente, achei tudo muito interessante, e pus-me a pensar em tudo aquilo.

Cinco anos atrás, quando tive meu primeiro contato com a região do Baixo Amazonas, entre os rios Trombetas (PA), Amazonas (PA e AM) e Nhamundá (AM), pude vislumbrar a importância desta região e de todos os elementos que a compõem, e que a tornam inigualável. Estes elementos, assim como o dente de jacaré-assu que citei acima, me colocavam a pensar no porque destas histórias e do quanto os moradores desta região interagem com seu meio, com seus conhecimentos e com suas escolhas.

Na tentativa de compreender estes aspectos sociais e culturais, onde se inserem as práticas populares voltadas a proteção do corpo e saúde, além do uso de objetos (amuletos) que tinham poderes de afastar o mal, foram identificados três eixos norteadores, os quais compreendem as ervas medicinais, a cultura material (amuletos) e a história oral.

Todos estes elementos nos dão o indício de uma realidade maior, em um cenário no qual os curadores populares são os principais personagens. Neste sentido, o objetivo desta pesquisa é o de analisar os processos e transformações históricas, sociais e culturais que ocorreram com os grupos tradicionais entre o final do século XIX e princípios do século XX (1870-1940), através de uma perspectiva histórica, arqueológica e etnobotânica.

Desta forma, levanto o seguinte questionamento: Como, a partir da inserção do tratamento medicinal governamental, os amazônidas passaram a conceber ou assimilar os repertórios sintomáticos e as doenças pela concepção ocidental? E, quais os saberes e práticas ainda permanecem ativos por esta sociedade e como são desenvolvidos através da oralidade e cultura material?

Devido aos séculos de contatos e às zonas de impactos ambientais e sociais que a região do Baixo Amazonas enfrentou, essa pesquisa se faz importante no que concerne aos

registros da medicina popular dos amazônidas, esta que está em constante mudanças devido aos seus dinamismos em absorver ou suprimir terapêuticas (ARRUDA CAMARGO, 1998, 2000).

Para tanto, os registros desta pesquisa mostram os diferentes universos interpretativos sobre o homem, a natureza, os animais e as religiões, entrelaçando a linguagem e costumes tradicionais, histórias e memórias coletivas (HALBWACHS, 2006) dentro uma perspectiva maior, o espaço dos encontros entre a cultura do indígena, do quilombola e dos colonizadores (GALVÃO, 1976; FIGUEIREDO, 1983; PORRO, 2007), isto é, o espaço dos amazônidas. Assim, para que se pudesse estabelecer a escrita desta tese, que apresenta diversos tipos de fontes para a pesquisa, foi necessário trabalhar com metodologias e conceitos específicos para áreas como a história oral, etnofarmacobotânica e arqueologia da medicina. Estes três campos de pesquisa científica diferentes entre si, são de suma importância para a complementação dos dados levantados por esta pesquisa de caráter interdisciplinar.

Tendo em vista o processo de construção desta tese e que neste processo a construção se deu juntamente com os colaboradores, isto é, com os moradores das comunidades, os detentores do saber popular (SEBE & HOLANDA, 2007; PORTELLI, 2010), algumas formas de análise foram adotadas no que se refere a pesquisa com história oral.

Em um primeiro momento, fez-se importante compreender que independentemente dos métodos traçados e objetivos bem estabelecidos em projeto, trabalhar com “fontes vivas” quase sempre trará a flexibilização e mutabilidade de partes ou até mesmo de grandes partes do projeto. Neste sentido, isto implicará em possíveis dificuldades e adaptações metodológicas na pesquisa, como mudanças na rede de colaboradores; pois o projeto somente delinea o objeto de estudos, porém nem sempre prevê as mudanças ou permanências de características culturais presentes nos diálogos dos colaboradores. Ainda dentro desta análise, após estabelecer a rede de colaboradores, há que ficar atento as “leis dos rendimentos decrescentes” (Idem, p. 45), ou seja, onde, dentro destas narrativas, começam a surgir repetições de aspectos ou argumentos, tornando o trabalho do pesquisador mais sensível as estas sutilezas da memória coletiva de um determinado grupo cultural, e determinando o

momento em que deve-se interromper as entrevistas ou reavaliar a possibilidade de novos colabores ou mudanças em roteiros pré-estabelecidos¹.

Em um segundo momento da pesquisa com metodologia voltada para a história oral, é importante definir qual será o tipo de campo da história oral que a pesquisa se encaixará, tais como a História Oral de Vida², História Oral Temática³ e Tradição Oral⁴. Dentro destas divisões, sendo guiada pelas narrativas, esta pesquisa adentrou nas características da Tradição Oral, onde não somente os conhecimentos são transmitidos oralmente em sua quase totalidade, mas também por apresentar características de repetição/resistência nos diálogos, tais como a tradição dos grupos, os quais envolvem calendários culturais, os rituais, as cerimônias (SEBE & HOLANDA, 2007) e uma série de histórias sobre a região, tais como os botos, a curupira, a panema, entre outras, como veremos nos capítulos 4 e 5. Finalmente, para que ocorresse o trabalho e análise conjunta entre as fontes de pesquisa, esta tese traz em sua composição metodológica a História Oral Híbrida, a qual consiste em usar a história oral, como já supracitado, juntamente com o cruzamento de fontes documentais. Neste sentido, pode-se analisar as nuances entre histórias, discursos, mitos e cultura popular entre diferentes grupos, possibilitando um diálogo entre as fontes e diferentes campos científicos, como a História, Etnobotânica e Arqueologia.

Durante a pesquisa sobre as artes de curar populares e curadores, uma infinidade de nomes de plantas medicinais e rituais foram surgindo em meio as narrativas. Como o objetivo desta tese não foi o de estudar especificamente as propriedades das plantas ou coletá-las⁵, buscou-se apenas registrar os nomes das plantas que mais se repetiram durante os diálogos e enumerar as principais receitas para as enfermidades mais comuns, como veremos no capítulo 4. Durante estes diálogos, pode-se estabelecer os usos de algumas destas ervas medicinais associadas a alguns rituais (ARRUDA CAMARGO, 1998), denotando o uso de plantas

¹ Roteiros pré-estabelecidos são aqueles onde montamos uma sequência de perguntas norteadoras, isto é, questionários estruturados ou semiestruturados. Para esta pesquisa, buscou-se trabalhar com roteiros semiestruturados, pois desta forma, o colaborador tem maior liberdade para narrar a sua e outras histórias dos grupos próximos e até mesmo distantes de sua cultura.

² A História Oral de Vida é sempre o retrato oficial do colaborador.

³ A História Oral Temática acontece com recortes de assuntos específicos ou temas captados em entrevistas planejadas, com questionários diretos e indutivos.

⁴ A Tradição Oral trabalha com as continuidades dos mitos e com a visão de mundo e de culturas que têm valores filtrados por estruturas mentais transmitidas oralmente. É apontada como recurso para a compreensão de grupos ágrafos ou sem história escrita.

⁵ A Etnofarmacologia e Etnofarmacobotânica são tipos de análises que requerem, além de especialistas como botânicos e farmacologistas, a autorização do Conselho de Gestão do Patrimônio Genético, Proteção da Propriedade Intelectual de 2001 e atualizada em 2016, onde as pesquisas que visam a análise de novos fármacos são aliadas aos saberes populares em diversas regiões brasileiras.

conhecidas como sagradas (LÉVI-STRAUSS, 1975 e 1997) em algumas localidades. Tanto estas plantas como a associação de objetos como amuletos para a casa e para o corpo, também foram mencionados pelos colaboradores nesta pesquisa. Entretanto, é importante ressaltar que a utilização de amuletos, ídolos e plantas medicinais na região do Baixo Amazonas já tem seus registros desde o século XVII por Heriarte (1662), este que nos traz alguns indícios do que foi a região entre o Tapajós e Trombetas, os grupos étnicos que ali viviam, os povoamentos, os contatos e traços destas culturas que ainda sobrevivem através de ressignificações ou incorporações culturais (VILAÇA, 2008) na cultura popular contemporânea, como veremos nas representações da cultura material da região apresentadas no capítulo 5 desta tese. Assim, esta pesquisa sem apresentará da seguinte maneira:

O capítulo 1 contextualiza, histórica e geograficamente o Baixo Amazonas, através dos primeiros registros de expedicionários que por lá passaram. Figuras como Gaspar de Carvajal (1541-42), Maurício de Heriarte (1662) e Padre Daniel (1741-57), nos legaram narrativas ricas em detalhes sobre as culturas de pequenos vilarejos e suas experiências próximas a grupos indígenas locais, como por exemplo os Tapajó. São analisados os processos históricos de transformação social e cultural que os grupos indígenas e quilombolas, além dos ribeirinhos, vem passando desde os contatos com os colonizadores e missionários.

O capítulo 2 desta pesquisa traz as teorias sobre as formas de contágios e enfermidades, as mudanças nas prerrogativas médicas e teóricas com as da Medicina Social e Higienismo (RAGO, 1985; SWEICKHARDT, 2011), os avanços nas pesquisas médicas como as da Microbiologia (FOUCAULT, 1979), laboratoriais e medicamentosas (BUENO, 2008). Também são analisados os discursos médicos e as medidas interventivas das políticas de saúde pública em espaços urbanos e privados (RAGO, 1985) desde o final do século XIX até década de 1930. Também analisa as tentativas de construção negativa da imagem dos curadores e de seus universos explicativos e terapêuticos, através dos representantes da medicina oficial, de propagandas sanitárias e seus discursos médicos e sanitaristas (1870-1940). Por fim, a pesquisa se destinará a análise da produção de conhecimento, como os manuais, e fabricação de medicamentos diretos da flora e fauna amazônicas, tanto por empresas brasileiras, quanto por estrangeiras.

O capítulo 3 aborda todos os tipos de doenças que secularmente atingem os moradores da Amazônia brasileira (LOUREIRO, 2004). O levantamento destas enfermidades tem o objetivo de esclarecer as adversidades que o homem passou, e que por vezes ainda

passa, através de doenças endêmicas e epidêmicas que foram apontadas por médicos sanitaristas entre o final do século XIX e primeiras décadas do século XX (CAMPOS, 1909; CRUZ, 1910). Em um segundo momento, será desenvolvida uma análise referente as expedições científicas que viajaram pela região (SOUZA, 1873; COUDREAU, 1899). Nestas expedições, que podiam durar meses, foram realizados registros etnográficos (BARBOSA RODRIGUES, 1875, 1889), faunísticos e ecológicos, além de dados que tangem a cultura da população amazônica em relação ao seu ambiente de moradia e interação com o meio, com a alimentação, a saúde e doenças, nos legando uma rica documentação sobre a Amazônia, tanto do imaginário coletivo quanto da realidade (FRIKEL, 1930; CRULS, 1973).

O capítulo 4 aborda as mais diversas formas de conceber as doenças, o universo místico-religioso das enfermidades e as curas populares nos municípios escolhidos pela pesquisa. Aliado a isso, são descritas as formas terapêuticas mais comuns com as plantas medicinais (RODRIGUES & CARLINI, 2003), o uso de ervas medicinais e rituais da região (ARRUDA CAMARGO, 1998), os santos protetores, os rituais de cura, os rituais de proteção, as histórias dos curadores populares das cidades, os amuletos e locais sagrados para a população (CASCUDO, 1956; GALVÃO, 1976). As enfermidades também foram analisadas através das relações dos desguardos da vida, dos tabus alimentares, além das enfermidades por encantos da floresta e dos rios e seus tipos afastamentos através dos curadores (RIBEIRO, 1987; MONTAGNER, 1996). Para tanto, foram utilizadas as obras de pesquisadores que descreveram algumas destas características culturais juntamente com os depoimentos que foram sendo concedidos para esta pesquisa durante os anos de 2013, 2015 e 2016, totalizando 15h:54m:37s de entrevistas concedidas por 29 colaboradores⁶.

O capítulo 5 analisa a relação deste universo mágico e religioso dos grupos tradicionais contemporâneos no Baixo Amazonas, com a cultura material por eles confeccionada e atribuída aos significados que os antigos grupos indígenas utilizavam (HERIARTE, 1662; DANIEL, 1741-57; BARBOSA RODRIGUES, 1889). Assim são os casos de réplicas de estatuetas antropomorfas e zoomorfas da Cultura Santarém (SCHAAN, 1997) com atribuições sobre fartura, atração da caça e proteção ao bom parto. Ídolos de pedra (HERIARTE, 1662; MPEG, 1986; PORRO, 2010) com atributos próximos das estatuetas.

⁶ Apesar de terem sido realizadas 29 entrevistas, apresento em corpo de texto alguns trechos de 13 colaboradores, e seus Termos de Cessão no Anexo B desta tese. As transcrições completas e imagens estão em banco de dados do Laboratório de História Oral do (PPGH-PUCRS) e com a respectiva autora.

Amuletos líticos como os muiraquitãs (BARBOSA RODRIGUES, 1889; BOOMERT, 1987; COSTA et al., 2002; PORRO, 2007) para proteção e para atrair boa sorte.

Também foram relacionadas peças como os cachimbos (MPEG, 1986; SCATAMACCHIA et al., 1996) e seu uso pelos xamãs (Cultura Santarém) para o consumo do tabaco e elementos psicoativos, ao uso do tauari (cigarro de pajé) pelos curadores contemporâneos. Ambos, xamãs e curadores contemporâneos, evocando a comunicação com os espíritos. Para isso, foram utilizadas peças de coleções arqueológicas como a Coleção Sandrê do Instituto Cultural Banco Santos e Coleção de Arqueologia do Museu Paulista, ambas pertencentes ao Museu de Arqueologia e Etnologia da USP, Coleção Frederico Barata da década de 1950 nas publicações do Museu Paraense Emílio Goeldi (1986), além de coleções particulares dos moradores da região do Baixo Amazonas.

1. BAIXO AMAZONAS: COMUNIDADES E ESPAÇOS CULTURAIS

Para o silvícola, tal como para a planta ou para o pássaro, não há fronteiras políticas e, seja no Pará ou na Colômbia, no Peru e na República da Guiana, na Bolívia ou na Guiana Francesa, em qualquer ponto, desde que se esteja na Hiléia, é o ameríndio quem dita os estilos de vida.

Gastão Cruis. **Hiléia Amazônica**. 1944.

Em uma região imensamente rica em diversidade por entre rios, cabeceiras de cachoeiras, igarapés e selva, o Baixo Amazonas⁷ proporciona um diferencial cultural significativo não somente aos estudos antropológicos e culturais, mas também a toda uma fonte de saberes tradicionais que não encontraremos em qualquer outro lugar. Oriundos de grupos e culturas distintas (indígena, negros, europeus), acabam por despertar não somente a atenção da comunidade acadêmica, mas também a curiosidade por suas narrativas e interpretações do mundo ao qual pertencem. A partir dos contatos realizados entre estes grupos, foram séculos de registros sobre as trocas e negociações de conhecimentos entre estes.

Os primeiros apontamentos foram realizados pelos expedicionários e naturalistas, sendo o primeiro o relato do padre espanhol Gaspar Carvajal (1504-1584)⁸, que explorou o Rio Amazonas no ano de 1540. Conforme Antônio Porro (2007, p. 16),

Em 1542 Carvajal chamou país das Amazonas o território que se estendia nas duas margens do Rio Amazonas, desde o Nhamundá até abaixo do Tapajós. Não declarou o nome da nação, mas o seu chefe, Couynco ou Quenyuc, seria tributário de uma nação de mulheres que viviam de 4 a 7 jornadas pela terra adentro, não sendo claro se pelo Nhamundá ou Trombetas, ou pelo Tapajós. Concretamente foram vistos grandes povoados, tanto à beira do R. Amazonas como pela terra adentro, e um grande número de guerreiros com algumas mulheres não foi vista, mas relatada por um prisioneiro cuja descrição, pelas palavras de Carvajal, trai elementos culturais andinos que os espanhóis já conheciam. A rainha se chamaria Coñori, nome associável aos Conduri seiscentistas da bacia do r. Trombetas (PORRO, 2007, p. 16).

Carvajal menciona que poderiam ser encontrados resquícios arqueológicos dessa lendária tribo das Amazonas, isto é, das mulheres guerreiras ou icamiabas. Para ele, na região que compreende os rios Trombetas e Tapajós “existiram comunidades indígenas com cerâmicas elaboradas, contas, pingentes e estatuetas feitas em rocha” (JÚNIOR, 2010). Séculos posteriores, Barbosa Rodrigues (1875, 1875 a, 1875 b, 1899), iniciou as pesquisas

⁷ O recorte geográfico desta pesquisa compreende a região de Oriximiná (antigamente pertencente a Óbidos), passando pelo Lago Sapucá e chegando à Nhamundá (antigamente pertencente a Parintins) no Amazonas.

⁸ Peter Paul Hilbert e Klaus Hilbert, no livro intitulado **Um rio para o El Dorado** (2005), escrevem sobre as experiências dos viajantes como Francisco de Orellana pelo Rio Amazonas e todas as formas de desbravamento e contatos étnicos que sua expedição teve, tendo sido relatada Gaspar Carvajal.

arqueológicas do Baixo Amazonas utilizando como referência a literatura produzida pelos viajantes e exploradores da região que por lá passaram.

Quase um século depois de Carvajal (1542) passar e descrever a região entre os rios Trombetas, Nhamundá e Tapajós, além das comunidades indígenas da época, a expedição de Pedro Teixeira no ano de 1637, partiu de Gurupá e chegou a Quito através do Rio Negro e Amazonas. Nesta expedição, o cronista Mauricio de Heriarte escreveu sua narrativa de viagem, a qual intitulada **Descrição do Estado do Maranhão, Pará, Corupá e Rio das Amazonas**, publicada somente em 1662. Nesta ele descrevia os vilarejos e cidades como Belém, Cametá e Corupá, além de descrições sobre a natureza, os indígenas, os rios como o Amazonas e Paranaíba, fortes e até mesmo os minérios preciosos por onde iam passando. Dedicou muitas páginas a Província do Tapajós, os indígenas e sua cultura, a qual refere que os padres da Companhia de Jesus estavam tentando modificar. Fez explanação ao uso de ídolos e das pedras verdes que chamavam de muiraquitãs. Também narrou sua passagem pelo Rio Trombetas e sobre os indígenas que por lá encontravam. Mencionou sobre a boa qualidade e beleza das louças de barro que estes faziam, sendo estas muito apreciadas pelos comerciantes portugueses (HERIARTE, 1874, pp. 35-39).

O naturalista Von Martius (1840), que esteve no Brasil na época joanina, descreveu o uso das plantas frescas e as terapêuticas utilizadas pelos pajés em algumas pessoas adoentadas de sua comitiva. Registrou ainda, o cotidiano de grupos indígenas na floresta⁹. Outras narrativas como as de Alfred Russel Wallace, que percorreu a região amazônica entre 1848 e 1852, também descreveu a paisagem e a natureza psicológica e cultural ameríndia (ALVES, 2011). A obra **Voyage au Trombetas** de Henri Coudreau (1899), descreveu em quase 200 páginas os três meses em que este e sua esposa navegaram pelo Rio Trombetas (PA). Em suas observações, estilo diário de bordo, registrou com fotografias cachoeiras, afluentes, igarapés e paisagem dos municípios de Óbidos, Oriximiná, o Lago Sapucuá, Lago Paranacú, Lago Caipuru, todos estes pertencentes ao município de Oriximiná (PA).

Através dos primeiros estudos etnográficos na região do Baixo Amazonas no final do século XIX, foi evidenciado a descoberta de ídolos de pedra (pequenas esculturas representantes de divindades) pelo botânico João Barbosa Rodrigues (1876, 1892), juntamente com contas de colar, muiraquitãs e cerâmicas mais elaboradas. Posteriormente, ocorreram outras observações sobre a riqueza da diversidade da arqueologia nesta região foi

⁹ Ver JUNK, W. J. **Ecology, fisheries and fish culture in Amazonia**. In: The Amazon: limology and landscape ecology of a mighty tropical river and its basin. Boston: Dr. W. Junk Publishers, 1984, p. 443-476.

reforçada pelos etnógrafos Nimuendajú, João Barbosa Faria e Nordeskiöld já em princípios do século XX.

Os primeiros trabalhos de pesquisa arqueológica na Amazônia podem ser encontrados desde o ano de 1876. Estas pesquisas, em sua grande maioria, se dedicaram a analisar os dados etnográficos para interpretar as evidências arqueológicas como Barbosa Rodrigues (1876, 1892) já mencionado, Goeldi (1906), Koch-Grümbert (1909) e Frikel (1961, 1964). O frei Protásio Frikel era vinculado ao Museu Emílio Goeldi e pároco de Oriximiná, foi um dos antropólogos que mais teve conhecimento de sítios arqueológicos e coleção de material arqueológico nas Terras Pretas¹⁰. Embora não publicados, foram aproveitados pelo arqueólogo alemão Peter Paul Hilbert (1955), que agregou metodologias próprias da disciplina para a organização do conhecimento gerado pelos pioneiros até então, diferenciando os estilos cerâmicos Santarém e Konduri. Peter Paul Hilbert atribuiu à cerâmica mais frequente e mais característica da região, aos Konduri, sendo esta última, a etnia indígena mencionada como sendo a mais poderosa pelos primeiros cronistas que viajaram pelo rio Amazonas nos séculos XVI e XVII, dentre eles o Frei Gaspar de Carvajal, e mais tarde Frei Cristóvão de Acuña e Maurício de Heriarte, participantes da expedição exploratória, comandada por Pedro Teixeira (SCIENTIA, 2013).

A partir da segunda metade do século XX e na atualidade, as pesquisas arqueológicas da região do Baixo Amazonas foram resultantes dos estudos de Palmatary (1960), Araújo Costa (1985), Hilbert e Hilbert (1980), Gomes (2002), Guapindaia (2008) e Lima (2008). Todas estas têm o recorte espacial em comum, a área de implantação da Mineração Rio do Norte (MRN). Conforme o Cadastro Nacional de Sítios Arqueológicos (CNSA) do IPHAN, tanto na região de Porto Trombetas quanto no Baixo Amazonas, mais especificamente nas cidades de Oriximiná (PA), Terra Santa (PA) e Nhamundá (AM), foram registrados, até o presente momento, 147 sítios arqueológicos, sendo destes 145 sítios pré-coloniais 1 sítio arqueológico de contato e 1 sítio arqueológico histórico.¹¹

Apesar destas pesquisas científicas terem desenvolvido resultados e conhecimentos sobre as complexas sociedades da Amazônia, sejam elas as do passado remoto ou as do presente; sobre a floresta e o contato dos primeiros colonizadores com as doenças tropicais,

¹⁰ As Terras Pretas (TPAs) são locais de antigos assentamentos indígenas. Contêm artefatos culturais, e sua coloração escura deve-se principalmente à presença de material orgânico decomposto, em parte na forma de carvão residual, tanto de fogueiras domésticas como da queima da vegetação para uso agrícola do solo. Ver: Rodrigues (1996); Kern & Kämpf (1989, 2003).

¹¹ Ver os dados cadastrados em: <http://portal.iphan.gov.br/pagina/detalhes/236/>. Acesso em 17 de junho de 2017.

com os nativos e suas culturas e saberes de cura; com a diversidade das práticas de terapêuticas e rituais; ainda permanecem lacunas sobre a história e arqueologia da medicina no Baixo Amazonas e seus diversos aspectos simbólicos e culturais nestas comunidades, as quais são o objeto de estudo desta pesquisa.

1.1 OS REMANESCENTES INDÍGENAS

Em nenhuma outra parte do mundo se poderia estudar tão completamente como no Amazonas [Amazônia] as misturas dos tipos, pois nela os mamelucos, os cafuzos, os mulatos, os caboclos, os negros e os brancos produziram, por suas alianças, uma confusão que à primeira vista parece impossível destrinchar.

Viagem ao Brasil (1865-1866)

Louis e Elizabeth Agassiz

Por séculos as narrativas de viajantes nos trouxeram as histórias de uma região lendária com o Mito das Amazonas, de belezas extraordinárias e ao mesmo tempo selvagem, povoada por inúmeros grupos étnicos. A região oeste do Pará tem “povos indígenas muito diferentes, provenientes tanto do Caribe, de onde se supõe originários, povos indígenas da família linguística Karib que formam a maioria da população indígena local” (RUSSI, 2012, p. 15). Somado a estes grupos também estão os indígenas de regiões distante como “o baixo Xingu, de onde provêm os Wajãpi, um dos povos da família linguística Tupi (além dos Emerions e os Zo’é)” (Idem), que habitam o extremo oriente da região.

Dos grupos que habitam esta região, no extremo oeste, na extensa faixa de terra que margeia o Rio Trombetas, desde o ponto em que derrama suas águas sobre o leito do Amazonas, até a parte mais alta das cabeceiras que marcam o rumo do seu encontro com os rios Cachorro e Mapuera, habitavam os Karapawyanas, Katuanas, Hixkaryanas, Mawayanas, Xereus, Ckiyanas, Tunayanas, Yaipiyanas, Tiriyós, Wapixanas, Kaxiiwyanas, Pianokotos e Waiwai. Segundo Tavares (2006, p. 55), “todos estes grupos são pertencentes ao tronco cultural Tarumã/Parukoto, vivendo na aldeia Mapuera” (Idem). Outros grupos desse mesmo tronco cultural, vivem até hoje em aldeias dispersas ao longo do rio Mapuera, são os Watapa, os Tamiuru, os Pomkuru e os Uakri.

Entre os grupos que mais foram mencionados em relatos dos exploradores encontram-se os Conduri e os Tapajó, que segundo Antônio Porro (2007, p. 37)

Em 1639 habitavam a foz e o baixo curso do Nhamundá, que então levava o seu nome (Acuña). Em 1650 continuavam lá, num lugarejo de seis casas situado na boca de um rio mediano que chamavam dos Condurises e esse mesmo nome tinham os seus habitantes. Em 1662 são descritos no rio Trombetas, em cujos lagos colhiam arroz silvestre de grãos avermelhados com que faziam bebida alcoólica; seu comércio com outras tribos era de arroz e cerâmica; usavam mais a mandioca que os Tapajó, mas seu governo, ídolos e cerimônias eram semelhantes aos desses últimos (HERIARTE, 1662). Em 1691 viviam numa região de morros entre o Trombetas e a região de Óbidos. Em 1763 estavam sujeitos à missão dos franciscanos da Piedade de Óbidos (PORRO, 2007, p. 37).

Dentro deste contexto, Mauricio de Heriarte (1662, p. 35) menciona a presença dos Tapajó no baixo Amazonas e descreve da seguinte forma:

Esta província dos Tapajós he mui grande, e a primeira aldeia assentada na bocca de um rio caudaloso e grande, que commumente se chama dos Tapajós. He a maior aldeia e povoaçam que por este districto conhecemos athé agora, Bota de si 60 mil arcos, quando manda dar guerra, e por ser muita a quantidade de Indios Tapajó, sam temidos dos mais índios e nações e assim teem feito soberanos d'aquelle districto. Sam corpulentos, e mui grandes e fortes. Suas armas sam arcos e frechas, como as dos mais Indios d'estas partes, mas as frechas sam ervadas e venenosas, de modo que athé agora se lhe não tem achado contra, e he a cauza por onde os outros Indios os temem; porquanto em ferindo com as frechas nam há remédio de vida (HERIARTE, 1662, p. 35).

Alguns dos grupos indígenas desta mesma região ajudaram os frades capuchos, como por exemplo, os da Província de Nossa Senhora Piedade, a fundar a aldeia dos Pauxis (TAVARES, 2006), que era uma “fortaleza e vila na margem esquerda do estreito homônimo do rio Amazonas” (PORRO, 2007, p. 131). Conforme a colonização dos portugueses foi se aproximando desta região, estes indígenas começaram a se deslocar, subindo o rio Trombetas e chegando até o Mapuera, onde ainda vivem em aldeamento.

Gastão Cruls (1973, pp. 56-57) relata em seu diário de viagem que os índios Tunayanas¹², não queriam ter nenhum tipo de contato com os europeus ou exploradores. Segundo ele, “É muito pouco o que se conhece acerca desses selvagens (Tunaianas), cujos domínios parecem se estender até o vale do rio Curuá”. Entretanto tinham estreita afinidade com os índios Charumas e Pianocotos, do Alto Trombetas. Por meio destes e dos índios Tiryiôs, pertencentes à Guiana, os mocambeiros conseguiam se comunicar com os pretos marrons do Suriname. Estes contatos nos evidenciam algumas relações entre os diferentes

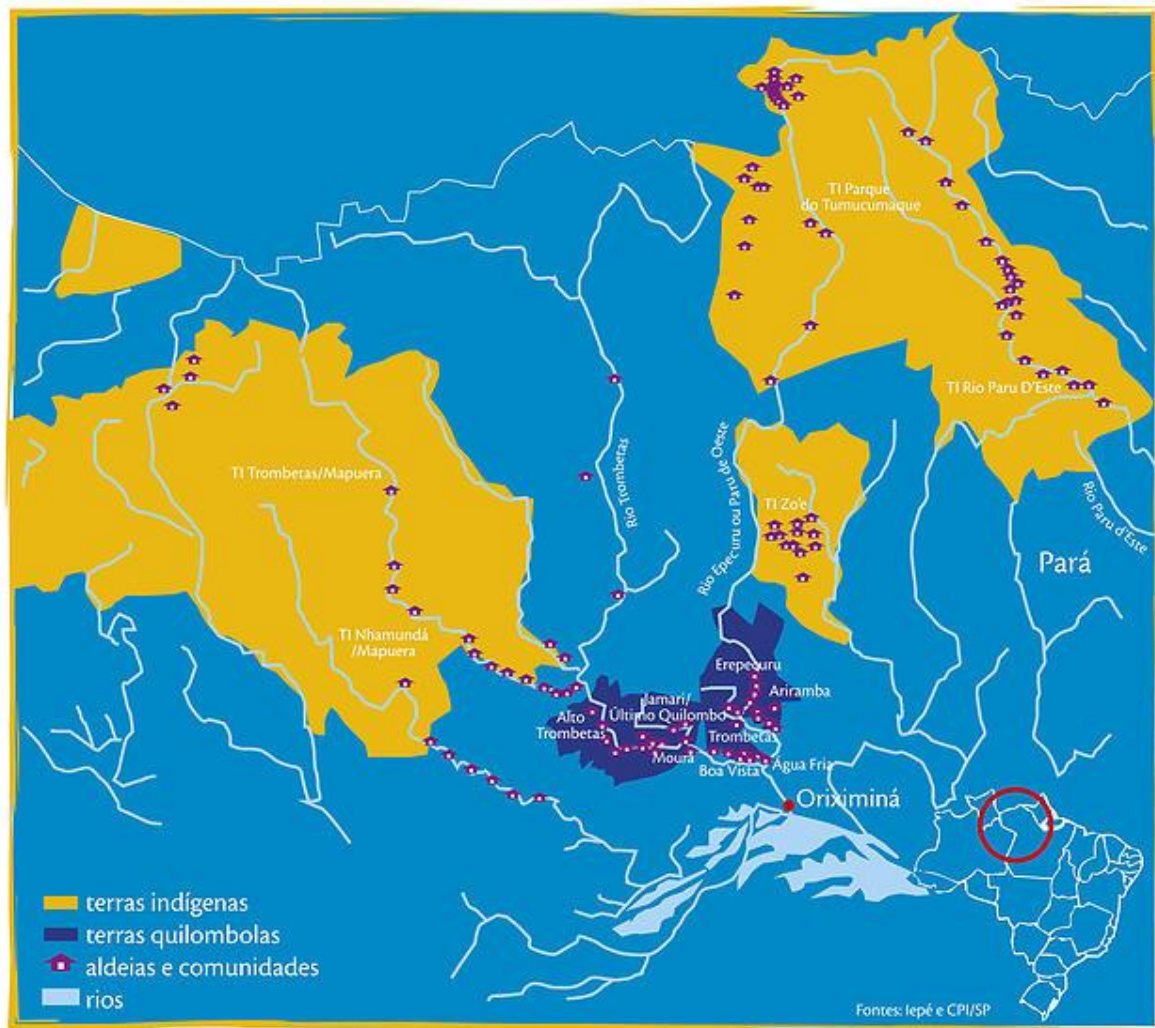
¹² De acordo com Barbosa Rodrigues, Tunaiana significa povo d'água, tuna = água, iana = povo. Ver Gastão Cruls. **A Amazônia que eu vi (diário de viagem): Óbidos-Tumucumaque**. 5ª ed. Rio de Janeiro, Livraria José Olympio Editora: Brasília, 1973, p. 57.

grupos étnicos e quilombolas da região do Trombetas, relatados por cronistas e pelos próprios mocambeiros no século XIX (SOUZA, 1873; CRULS, 1973).

Em relato sobre os Pianocotos, Cruls (1973, pp. 87-88) faz menção ao Padre Daniel, o qual disse ter tido uma boa impressão a respeito de um dos índios, associando a cor de sua pele a de um inglês “alvo, branco e rosado”, porque a tinta de urucu que os pintava não o permitia “juízo mais seguro sobre a tonalidade do seu tegumento”. Cruls (Idem) enfatiza que a maioria dos silvícolas¹³ não são nada mais que “um mísero rebotalho humano, de quase impossível confronto com a raça sadia e forte que lhes foi origem”, evidenciando a sua ideia de que o contato com outros grupos, principalmente o europeu, foi desastroso. Assim, este termina sua hipótese de que entre os Pianocotos encontrava “alguns padrões nítidos do que foi a bela raça americana, (devendo-se) isso tão-só à situação de relativo isolamento em que hoje (1928) se mantém a mesma tribo, habitando região nada acessível, e apenas perlustrada de raro em raro por um ou outro expedicionário” (Idem, p. 88).

Em recente levantamento, constatou-se que “as aldeias ao longo do Rio Mapuera (afluente do Trombetas), sobretudo a aldeia Mapuera e a aldeia Tawanã é ocupada pelos Waiwai, Katuena, Tunayana” (RUSSI, 2012, p. 16). Já no Rio Cachorro, “na aldeia Santidade eles são Kaxuyana, Tiriyo e Txikyana” (Idem). Algumas destas aldeias e quilombos estão localizados no mapa abaixo.

¹³ Indígena ou povos originários.



Mapa 1: Terras indígenas e quilombolas de Oriximiná. Fonte: Iepé e CPI/SP, 2012¹⁴.

Ainda na localização do Baixo Amazonas, os municípios de Terra Santa¹⁵, Faro, algumas localidades do Lago Sapucaá (PA), e Nhamundá (AM) também são de interesse desta pesquisa. Historicamente, os grupos indígenas que fizeram parte de Faro foram os Uaboís ou Jamundas, que foram missionados pelos capuchos de Nossa Senhora da Piedade¹⁶. Na cidade de Nhamundá (AM) as primitivas povoações dos índios – nas primeiras décadas do século XVI, – Tcháwhiyána, Hixkariana, Sákáka, Kamáeyana, Chiriyiyána, Kumuyána, Wari

¹⁴ Ver site: <http://www.quilombo.org.br/#!indios-quilombolas/cz17>. Acesso em 12 de maio de 2015.

¹⁵ Conforme Antônio Porro (2007, p. 138), Terra Santa era conhecida como Santa Cruz dos Aruaquis. Era um povoado próximo a Faro e a Foz do Nhamundá, na margem esquerda do médio Amazonas.

¹⁶Fonte IBGE. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=150300&search=faro>. Acesso em 26 de junho de 2015.

Condurizes e Jamundás, cujo tuxaua se chamava Jamundá¹⁷, Waboys, Cuniris e os Guncari. A maioria destes grupos já estavam em contato com os missionários e já se encontravam aldeados no século XVIII.

Compreendidas nos municípios de Oriximiná (PA) e Nhamundá (AM), além de Barreirinha (AM), Maués (AM), Parintins (AM), Urucará (AM), as Terras Indígenas que se encontram dentro do Território Baixo Amazonas são conhecidas como Andirá-Marau, Nhamundá-Mapuera e Trombetas-Mapuera, com vemos na tabela a seguir:

Terras Indígenas	Etnia	Tronco Linguístico	Extensão (ha)	Município	Adm. Reg. Da Funai	Documento	Situação Jurídica	Presença de índios isolados
Andirá-Marau	Sateré-Mawé	Tupi	788.528	Aveiro/PA	Parintins (AM)	Dec. 93.069 Data de Pub. 07/08/86	Homologada 06/08/86	Não
				Barreirinha/AM				
				Itaituba/PA				
				Maués/AM				
				Parintins/AM				
Nhamundá-Mapuera	Kaxuyana Hixkaryana Katuena Waiwai	Karib	1.049.520	Nhamundá/AM	Belém (PA)	Dec. 98.063 Data de pub. 18/08/89	Homologada 17/08/89	Não
				Oriximiná/PA				
				Urucará/AM				
				Faro/PA				
Trombetas-Mapuera	Hixkaryana Katuena Waiwai	Karib	3.970.898	Caroebe/RR	Belém (PA)	Dec. S/N. Data de pub. 22/12/2009	Homologada 21/12/09	Sim
				Faro/PA				
				Nhamundá/AM				
				Oriximiná/PA				
				São João da Baliza/RR				
Urucará/AM								
Total			5.808,946					

Tabela 1: Terras Indígenas do Baixo Amazonas. Fonte: SIASI-FUNASA/MS, 2009; Queirós, 2006; ISA 2010, apud SILVA, M. et. al. 2010, p. 42

A Terra Indígena **Nhamundá-Mapuera** possui uma faixa territorial de 1.049.520 (ha) e compreende os municípios de Nhamundá e Urucará (AM) e Oriximiná e Faro (PA). Dentre

¹⁷ Ver “**História do Município de Nhamundá**”. Documento da Assembleia Legislativa do Estado do Amazonas. Manaus, 23 de agosto de 2013. Disponível em: <http://www.ale.am.gov.br/nhamunda/o-municipio/historia/>. Acesso em 19 de junho de 2015.

suas principais aldeias, destacam-se as mais populosas: Kassawá – que reúne vários povos indígenas, mas caracteriza-se como local dos Hixkaryana, Mapuera, Riozinho, Porteira e Cafezal e – que abriga a população Kaxuyana. As lideranças indígenas reconhecem a predominância dos Waiwai, Kaxuyana e Hixkaryana. Existe o reconhecimento de que muitos dos povos descritos são subgrupos dos Hixkaryana, tais como os Parukoto, os Karahawyana, os Mawayana e os Xereu (SILVA *et al*, 2010, pp. 44-45).

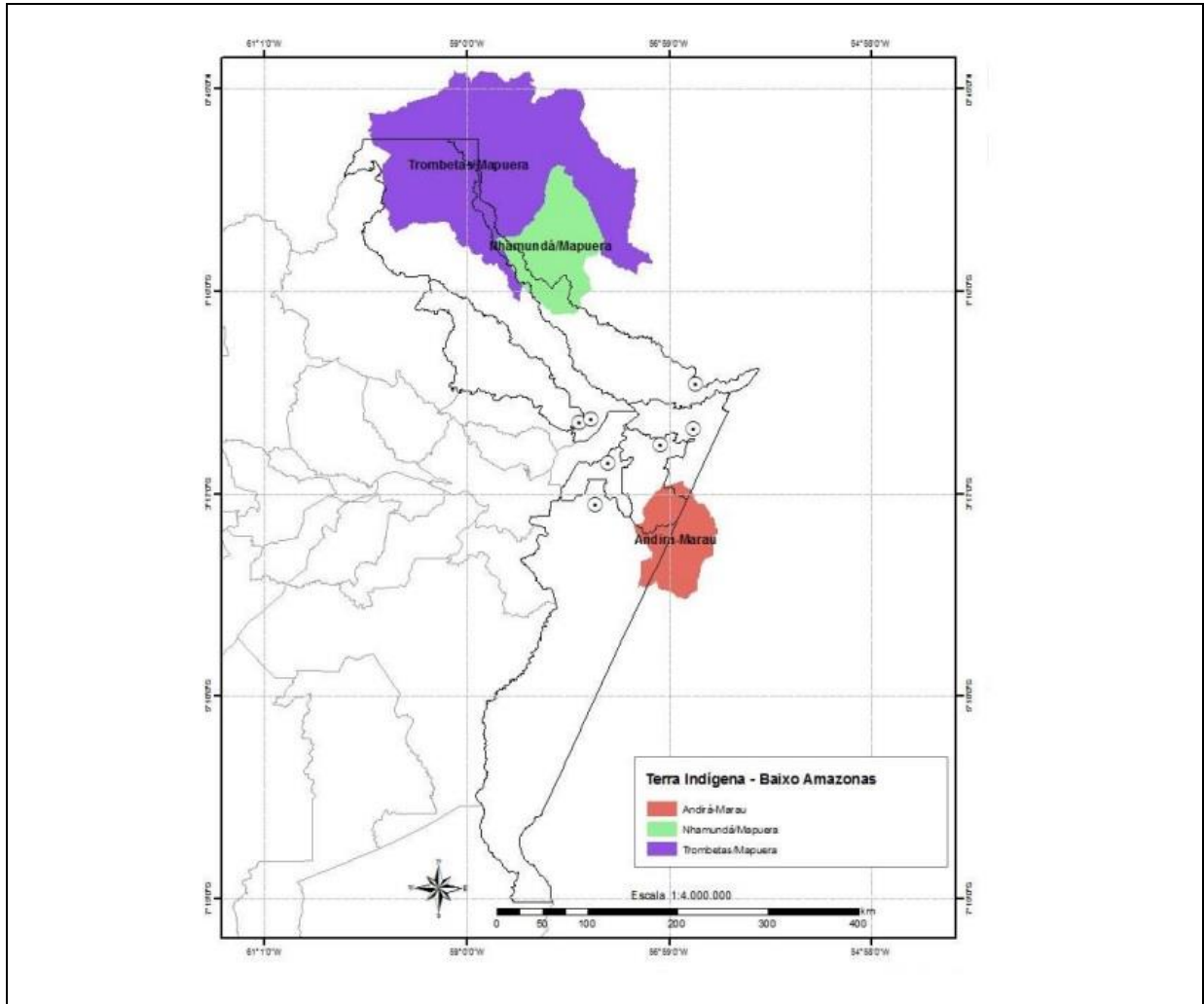


Fotografia 1: Indígenas Waiwai por Yves Billon, 1971. Disponível em: Instituto Socioambiental.

Fotografia 2: Indígena Hixkaryana por Yves Billon, 1971. T.I. Nhamundá-Mapuera. Disponível em: Instituto Socioambiental.

A Terra Indígena **Trombetas-Mapuera** possui 3.970.418 hectares. Abrange os municípios de Nhamundá (AM), Uruará (AM), Oriximiná (PA), Faro (PA), Caroebe (RR) e São João da Baliza (RR). Trata-se da delimitação do território de ocupação tradicional dos índios do complexo cultural Tarumã-Parukoto, contando ainda com a presença de diversos grupos isolados, entre eles dois grupos Waimiri-atroari¹⁸.

¹⁸ Quando Barbosa Rodrigues entrou em contato com os Waimiri-atroari, estes eram conhecidos como Crichanás (1885). Viviam na margem esquerda do Rio Negro, compreendendo a área que se estende desde o rio Jatapu ao Rio Branco (século XVII). Também foram conhecidos como Tarumãs, Caripunãs, Cericunãs, Alalaus, Jauaperi e Wautermiri. Ver mais informações em CARVALHO, José Porfírio F. de. **Waimiri-atroari. A história que não foi contada.** Brasília, 1982.



Mapa 2: Localização geográfica das Terras Indígenas Trombetas-Mapuera, Nhamundá-Mapuera e Andirá-Marau do Baixo Amazonas. Fonte: Fonte: SIPAM. Base de Terras Indígenas IBAMA, 2006. Adaptação de SILVA et al, 2010, p. 49.

Ainda na localidade do Rio Trombetas (Alto Trombetas) os indígenas Katxuyana entraram com pedido de demarcação de sua antiga terra, onde moravam até o ano de 1968, o qual está em tramite desde 2003. Segundo nos esclarece o Dossiê – Terra Indígena Katxuayana-Tunayana (2014, p.5)¹⁹:

Com a homologação desta TI, o governo brasileiro, além de não estar prejudicando a conectividade do maior mosaico de áreas protegidas do mundo, no qual a mesma se insere, estaria reparando uma dívida histórica para com parte dos povos que a reivindicam, como é o caso dos Katxuyana, originários do rio Katxuru (em português, rio Cachorro), afluente direito do Médio rio Trombetas/PA, e que se viram, de uma hora para outra (em 20/02/1968), dentro de uma aeronave da FAB, sendo transferidos de seu território de origem para outro, estrangeiro, junto aos índios da Missão Tiriyo, no então Parque do Tumucumaque, na fronteira com o Suriname. Tal transferência se deu em nome da sua sobrevivência física, diante do

¹⁹ Dossiê completo e disponível em: <http://www.institutoiepe.org.br/campanhas/demarcacao-ja/>. Acesso em 27 de junho de 2015.

grave quadro de epidemias que já havia levado à muitas mortes na região, em troca, tiveram que deixar seu território de origem, sem nenhuma garantia de volta.

Em relato aos pesquisadores do Iepé, um dos índios conta que seu pai veio a falecer em 2012 por não ter tido o direito a assistência de saúde. Conforme ele narra, é possível notar a desproteção que os indígenas assentados em territórios ainda não demarcados passam diariamente:

Meu pai morreu por falta de direito à assistência de saúde em 2012. Disseram que não podiam fretar um voo até à aldeia dele porque não era em terra indígena, e o rio estava muito baixo para que pudéssemos carregá-lo até Oriximiná. As crianças estão crescendo sem escola, assim como eu que nem português sei falar. O que me preocupa é que cada vez mais estão chegando pessoas estranhas próximo da minha aldeia, que fazem o que querem e não podemos nem reclamar por que dizem: do que você está reclamando se essa terra não é sua? (Simão Kahyana, 2014).

Outro grupo que também está dentro da área do Baixo Amazonas são os Zo'é. Conhecido antigamente como Poturu, foi um dos últimos grupos isolados a ter contato recente (década de 80). Foram encontrados no final da década de 70 com a abertura da rota da Rodovia Perimetral Norte (BR 210). Seu território tem como limite o interflúvio dos rios Cuminapanema, Erepecurú e Urucuriana, entre os municípios de Óbidos e Alenquer.

Buscam manter seu isolamento, tanto de sua cultura como de sua política oficial dos povos. Entretanto, “no início da década de 80, missionários da MNTB – Missão Novas Tribos do Brasil, braço nacional da *New Tribes Mission* americana, passaram a atraí-los com fins evangelizadores, à revelia de autorização da Funai”²⁰. No ano de 1989, os indígenas buscaram ajuda da Funai devido a crescente mortalidade entre eles após o contato. Em decisão do ano de 1991, a Missão Novas Tribos do Brasil perdeu a licença para permanecer em território Zo'é. Esse fato ocorreu concomitante aos processos de reconhecimento, demarcação e homologação desta terra indígena (TI) ainda no ano de 1991. Assim, como medida de proteção a cultura, política, território de caça, pesca e coleta, além da saúde coletiva deste grupo, foram proibidos de entrar neste território os garimpeiros, os missionários e quaisquer outras pessoas que possam colocar em risco o grupo.

Entretanto, em 17 de junho de 2015, a Justiça Federal em Santarém (PA), recebeu a denúncia do Ministério Público Federal (MPF) contra o castanheiro Manuel Ferreira de Oliveira e o missionário Luiz Carlos Ferreira, por reduzirem à condição análoga à de escravos

²⁰ Ver notícia “**História do Contato**”. Índios Zo'é terão programa de desenvolvimento etnoambiental. Funai, Portal dos Povos Indígenas, 17 de março de 2011. Disponível em: <http://www.amazoe.org.br/noticiaszoe.html>. Acesso em 20 de junho de 2015.

um total de 96 índios da etnia Zo'é, no município de Óbidos. Segunda consta a denúncia, os indígenas permaneciam acampados em meio ao mato, em barracas de lona e de palha, havendo dentre eles alguns doentes²¹. Os índios eram convencidos a trabalhar na coleta de castanha dos Campos Gerais, em Óbidos, em troca de panelas, roupas velhas, redes e outras mercadorias industrializadas.

Tanto os indígenas Katxuyana, com território não demarcado, e os indígenas Zo'é, encontram-se em territórios onde o não índio busca maneiras de explorar a mata e a mão de obra de forma barata ou até mesmo, escrava. Esses dois grupos são alvos tanto de “missionários” como de exploradores. No caso dos Katxuyana, a falta dos limites os impedem de gritar por seus direitos, por sua segurança e de impedir o avanço de exploradores, e juntamente a eles, de doenças e até mesmo epidemias. Os Zo'é, após os primeiros contatos já começavam a dar sinais de sua baixa imunidade, tendo havido número significativo de mortalidade²². No entanto, devido a demarcação de suas terras, estes indígenas conseguiram o acesso ao sistema de saúde, dentro da própria aldeia, ao contrário dos Katxuyana, que estão à mercê de todo o tipo de exposição e a sua própria sorte.

1.2 MISSÕES, SOCIEDADE CABOCLA E RIBEIRINHOS

A partir do século XVI, com o conhecimento europeu sobre a região amazônica e pelo avanço intencional destes (franceses na Guiana, espanhóis no Peru, holandeses no Maranhão), visando, principalmente, as drogas do sertão (anil, cacau, baunilha, salsaparrilha, canela, cravo, pau-brasil, pau-preto, piaçava, espécies oleaginosas, resinas, corantes e madeiras nobres) largamente utilizadas pela farmacopeia, condimentação, alimentação e decoração; iniciou-se o processo de dominação e colonização portuguesa na região. A tentativa era um meio de conter a entrada destes europeus. O interesse da Coroa portuguesa na ocupação não se limitava somente em barrar os europeus na exploração do território amazônico, mas também de usufruir, através da exploração de fauna e flora, esta região. Para isso, as missões religiosas e os fortes desempenharam importantes papéis no Vale do Amazonas, fixando

²¹ Ver notícia: “**Justiça recebe denúncia contra missionário por escravidão de índios Zo'é**”. Data: 17/06/2015. Disponível em: pib.socioambiental.org.br/pt/noticias?id=151656&id_pov=321. Acesso em 22 de junho de 2015.

²² Foi registrado um surto de gripe no ano em fevereiro de 2011. Isso levou as autoridades aumentarem a proteção nas terras dos Zo'é para não houvesse mais contatos com pessoas não autorizadas e, principalmente, infectadas.

marcos da penetração e, conseqüentemente, de colonização, já que o “Tratado de Madri²³, o primeiro intento, desde o de Tordesilhas²⁴, de delimitação formal das fronteiras luso-espanholas, se baseava no princípio da posse, *Uti Possidets* (direito de posse), estabelecendo que cada uma das partes ficaria com os territórios que até então haviam ocupado e povoado” (DIAS, 2012, p. 38).

A partilha da Amazônia começou “com a viagem de Pedro Teixeira (1637-1639)²⁵, que demarcou, simbolicamente, o limite do domínio português, ficando a outra parte para a Espanha, além da localidade de Franciscana, na embocadura do Rio Aguarico no Napo (...) atual fronteira com o Equador e Peru” (BATISTA, 2007, p. 45). Esse fato somente ocorreu pois nesta época “valeu a coincidência das duas nações ibéricas se encontrarem unidas, sob o rei Felipe” (Idem). Pedro Teixeira “saiu de Gurupá em outubro de 1637 com quarenta e sete canoas, muitas de grande porte, mil e duzentos índios de remo e peleja e mais de sessenta soldados portugueses” (CYPRIANO, 2007, p. 73). Sua intenção era a de dominar e tomar posse da nova rota navegável no Rio Amazonas que podia levar a Quito (Peru), território de domínio espanhol, mostrando que eram necessárias novas formas de defesa do território amazônico português.

Neste sentido, ao longo do século XVII foram sendo construídos os fortes para a defesa deste território, agora oficialmente português. Eram unidades pequenas, com poucos homens e poucas peças de artilharia. Em 1669 foi construído o forte de São José do Rio Negro (próximo a confluência entre os rios Negro e Solimões), evitando que espanhóis descessem pelo Rio Amazonas. Os fortes do Paru (na margem esquerda da foz do rio Jenipapo) e Macapá (ponta de terra a margem esquerda do rio Amazonas, antiga Província do Tucujus), fundados em 1685, visavam impedir a passagem dos franceses da Guiana. Historicamente, a importância dos fortes e fortalezas não se dava apenas para a defesa dos territórios onde eram construídos, mas também por seu importante papel nas “relações comerciais intensas, [nas] sínteses culturais e [nas] miscigenações interétnicas com as sociedades locais, [em que] oportunizaram a gradual implantação de núcleos urbanos junto às [estas] feitorias e fortalezas” (KERN, 2009, p. 21).

²³ Assinado em 13 de janeiro de 1750 por D. João V de Portugal e D. Fernando VI da Espanha.

²⁴ Assinado em 07 de junho de 1494 por João II de Portugal e Fernando II de Aragão, de Castela.

²⁵ Mesmo após ter sido escrito o Decreto Régio em 13 de junho de 1621, que criava os estados do Maranhão e do Grão-Pará, a necessidade de povoar os territórios portugueses era imprescindível para fins de defesa e dominação.

Devido as incursões de exploradores, ainda nos primórdios do reconhecimento da Amazônia, juntamente aos relatos de maus tratos²⁶ que indígenas vinham sofrendo por estes, o Papa Paulo II, em 1537 expediu uma bula que “sustentava que os indígenas das áreas em descobrimento pela Europa eram membros da mesma família humana, como tal tendo alma, espírito, consciência e direito ao respeito dessa mesma família universal” (SILVA et al., p. 58). Seu intuito era o de garantir um tratamento menos desumano aos indígenas. No entanto, esta bula não evitaria que estes não fossem tratados como seres inferiores, vistos como mão de obra por direito (escavidão legitimada dos indígenas tomados em guerra justa), conforme consta em regulamentações feitas pela Coroa Portuguesa²⁷:

Quando se iniciou o processo de escavidão da força de trabalho dos povos indígenas da Amazônia, já existia uma lei criada pela Coroa Portuguesa para regulamentá-la. A lei de 1611 dava plenos direitos aos colonos portugueses que assumiam a função de Capitão de Aldeia, para capturar índios. Durante esse período, a economia da região amazônica se orientou exclusivamente para a atividade extrativista, cujos produtos eram encaminhados à metrópole lusitana, já que tinham mercado certo na Europa (SILVA, M. et al, 2010, p. 23).

O papel das missões era o de cristianizar os indígenas, pacificando-os, amparar e também, adaptando-os a nova realidade de seus costumes, principalmente os da monogamia e monoteísmo. Entretanto, nem todos os indígenas “receberam os missionários de coração aberto, muitos deles pagando com a vida o seu ardor apostólico. Em todas as Ordens começaram a surgir os mártires²⁸. Mas os religiosos não abandonaram a liça” (BATISTA, 2007, p. 58), tendo tido sua presença destacada entre a “bugrada”, sendo os condutores da educação do povo (Idem).

Nessas missões, além do trabalho de evangelização dos gentios, eram realizados o cultivo de roça, tanto para a subsistência da missão quanto para o envio para outros povoados e para a Metrópole o excedente; faziam a coleta das drogas do sertão, auxiliavam na luta

²⁶ “A autoridade, com que os sertanistas faziam estas Conquistas, era a de cobiça. As leis que seguiam no método de as fazerem, eram as da desumanidade. Porque abalroando as rancharias em que se viam os bárbaros, nas bocas de fogo [aldeias/casas] faziam acabar todos os que naturalmente pegavam nos arcos, para sua defesa. Metiam-se os rendidos em correntes, ou gargalheiras, e depois se repartiam pelos Conquistadores, que os remetiam para as nossas Povoações, em contrato de venda. Destas tão injustas ações acompanhavam atrocidades inauditas e indignas de se referirem”. Ver FERREIRA, Alexandre Rodrigues. **Viagem Filosófica. Memórias I – Antropologia. Estudo Histórico**. Manaus: Editora Valer, 2008, pp. 177-178.

²⁷ “O Alvará de 1688, conhecido como o “Alvará dos Resgates” e a Carta Régia de 1689, eram instrumentos que regulavam o recrutamento da força de trabalho indígena e as relações de trabalho no período de 1686-1757”. Ver SILVA, M. et al., 2010, p. 24.

²⁸ “Muitos foram os missionários que morreram nessas condições, no Brasil e em outras regiões do Velho e do Novo Mundo. Essas mortes na verdade funcionavam como um estímulo aos jovens missionários que buscavam a realização plena de sua vocação religiosa em sua martirização aos selvagens”. Ver PINTO, Renan Freitas. **Viagem das Ideias**. Manaus: Editora Valer, 2006, p. 133.

contra a resistência de outros grupos contra a evangelização e dominação, exerciam os trabalhos de remeiros e guias nas matas e navegação. Entretanto, o trabalho que estes indígenas realizavam, além das muitas horas e exaustão, em alguns casos recebiam castigos físicos, fatos estes que levaram, paulatinamente, a uma redução no número de habitantes de missões e povoações, onde a escolha era a de regressar as matas e cabeceiras dos rios, conforme salientou Campos (1909, p. 98):

A Capitania do Amazonas, em 1788, quando floresciam inúmeras missões e desenvolviam-se povoações, continha 29.568 fogos [habitações/casas], com a população provável de 230.000 habitantes. Em 1833, quando era o Amazonas Comarca do Pará, continha 2.047 fogos e 18.846 habitantes.

Na região do Baixo Amazonas, as ordens religiosas que formaram missões foram as dos Franciscanos, a dos Carmelitas e dos Capuchinhos, sendo estes últimos, missionários na região de Faro (PA), aldeando os indígenas Jamundás.

Os Franciscanos, até o século XVIII, administraram cerca de 20 aldeamentos indígenas distribuídos por diversas áreas do Baixo Amazonas: La do Marajó, região entre a margem esquerda do rio Amazonas e a fronteira da Guiana Francesa, adjacência de Gurupá, distritos do Amazonas até Nhamundá, inclusive o Xingu e Trombetas.

A Ordem dos Jesuítas formou missões na região do Tapajós, aldeando os Tapajó, Iburari, Arapiuns, Cumaru e Maitapus; e no Madeira, aldeando os Canumã, Abacaxi e Tupinambaras (CYPRIANO, 2007, p. 99).

No entanto, a partir do ano de 1757, na administração do Marquês de Pombal, “uma nova fase começa para a colônia, com a abolição do poder dos missionários sobre os índios e a laicização das missões, transformadas em Diretorias de Índios” (SOUZA, 2009, p. 146). Conforme relatou o governador Francisco Xavier de Mendonça Furtado, irmão do Marquês de Pombal, “a ação dos missionários trouxe muito lucro para a Igreja, em detrimento do Estado e dos colonos” (Idem). Isso ocorreu pela preocupação do Reino na preservação do território do que com as margens de lucro da colônia, até aquele momento.

Nesta mudança de cenário político e social, algumas atitudes vindas dos diretores de índios para com os indígenas, foram registradas como violentas e abusivas, como segue abaixo:

Os abusos, cruza e despotismos exercidos por elles (directores de índios) são muito mais fataes à era da cathechese e civilisação, porque partem da autoridade e se realisam em nome della. A consequência é que longe de progredir a conquista pacífica dos indígenas se dificulta de dia para dia ...Um numero crescido de tribus

que já haviam descido das cabeceiras de alguns rios...estabelecendo-se aldeados nas vizinhanças de certos povoados tem ... desaparecido, regressando a suas solidões e aos hábitos da vida primitiva (CAVALCANTE, A. B., 1864²⁹ *apud* CAMPOS, 1909, p. 98).

Concomitante ao fim da formação das missões na região da Amazônia³⁰, somado a fim da escravidão indígena³¹ e aliada aos incentivos de miscigenação étnica³² onde se dava real “necessidade de povoar os reais domínios da América, [a Metrópole] declarou que os vassalos do reino e da América que casassem com os índios, não ficariam com infâmia alguma, muito pelo contrário” (DIAS, 2012, p. 37), e que “o mesmo se aplicaria às portuguesas que se casassem com índios, proibindo-se que tais vassalos ou seus descendentes fossem tratados com nomes de "cabouclos" (Idem), tratamento este que posteriormente não ocorreu.

Finalmente, a formação dos povoados e vilas na Amazônia, como primeiros núcleos populacionais

Contou com a presença dos indígenas (repartidos, “livres” e escravos) e as benfeitorias instaladas nos aldeamentos. A organização desses agrupamentos humanos decorreu da política adotada pelo Estado Português, durante a administração de Sebastião José de Carvalho e Mello – o Marquês de Pombal – que estruturou e determinou uma nova organização social, política e econômica para Amazônia portuguesa, cuja finalidade era viabilizar o empreendimento colonial e enquadrá-lo ao perfil econômico que se desenvolvia na Europa (REIS, 1966 *apud* SILVA, M. 2010, p. 25).

Com a expulsão geral dos jesuítas (março de 1758)³³ e com as novas prerrogativas da política do Estado Colonial Português na Amazônia, iniciam-se uma série de transformações na sociedade, que passou a ser conhecida como cabocla. Essas transformações tiveram início no “século XVIII, [na] continuidade nos processos de formação dos povoados, onde a população emergiu dos contingentes indígenas das aldeias, missionados ou ditos

²⁹ Relatório do Presidente da Província do Amazonas, 1864.

³⁰ Contava-se que os indígenas olhavam com certo temor supersticioso e com respeito quando passavam próximos a serra de Parintins (AM). Isso se devia ao fato de que ouviam tocar sinos a noite. O capitão tenente da época no Amazonas atribuía esse ocorrido “à tradição de algum estabelecimento jesuítico, que abandonado, tenha sido invadido pelo matto e em sua espessura perdido os sinos”. Ver SOUZA, Cônego Francisco Bernardino de. **Lembranças e Curiosidades do Valle do Amazonas**. Pará: Typo. Do-Futuro, 1873, p. 292.

³¹ Ver DA SILVA, Antonio Delgado. **Lei de 6 de junho de 1755. “Para se restituir aos índios do Pará e Maranhão a liberdade de suas pessoas e bens”**. Collecção da Legislação Portuguesa. Desde a ultima compilação das Ordenações (1750-1762). Lisboa: Typografia Maignense, 1830, p. 369. Disponível em: http://www.iuslusitaniae.fesh.unl.pt/verlivro.php?id_parte=105&id_obra=73&pagina=506. Acesso em 23 de junho de 2015.

³² Alvará de Lei de 04 de Abril de 1755.

³³ MONTEIRO, Mário Ypiranga. **Efemérides Amazonenses**. Revista do Instituto Geográfico e Histórico do Amazonas /Publicação do IGHA. Fase IV abril – maio – junho 2014 – Ano I – n° 2 – Manaus: Grafisa, 2014, p. 90. “Primeiro foram expulsos de São Paulo e, depois, do estado do Maranhão e Grão-Pará”. Ver RIBEIRO, Darcy. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006, p. 51.

destribalizados” (GALVÃO, 1979). Essa população começou a reajustar seu modo de vida segundo os padrões e diretrizes do Diretório Pombalino. “A consequência desse convívio resultou na mudança dos padrões culturais das populações nativas e da emergência de uma nova sociedade mestiça e cabocla” (Idem). Dentro deste contexto, segundo João Fernandes (2011, p. 153), “os colonos, especialmente seus descendentes com as mulheres nativas, os mamelucos (...) agiam como mediadores culturais entre os mundos europeu e indígena, e transitavam entre sentidos e práticas muito díspares entre si”.

Para a consolidação do Diretório dos Índios na Amazônia, muitas medidas foram utilizadas, entre elas foram a transformação das aldeias em vilas e povoados e com a troca dos nomes indígenas para nomes portugueses em um esforço português a uma modernização tardia em um processo de “*lusitanização* em marcha, que mudou todos os nomes indígenas de núcleos populacionais, substituindo-os por nomes portugueses, espalhando, em plena selva, as suas Braganças, Souseis, Pombais, Óbidos” (SOUZA, 2009, p. 151), Santarém, entre outros.

Esses povoados “deveriam possuir, ao menos, 150 pessoas; o sobrenome indígena deveria ser português; além dos indígenas serem obrigados a cultivar roça, não só para o sustento, mas também para servir aos moradores das novas vilas e povoados” (SILVA, M. 2010, p. 25), além de existir o estímulo ao casamento entre índio e português. Desta forma, “o Estado Português consolidou o processo de ocupação da Amazônia com uma população “menos” indígena nas vilas e povoados aportuguesados” (Idem). Através destas medidas e pelo surgimento característico desta população, chegou-se a origem das cidades do Território do Baixo Amazonas³⁴. É neste contexto histórico e político que encontramos uma população mestiça (mediante aos contatos e incentivos régios), os ribeirinhos.

“Os moradores do ‘beiradão’”, como também são conhecidos, é esta parte resultante das medidas do Diretório dos Índios de transformação da sociedade indígena ou portuguesa em cabocla.

Historicamente, este grupo também sofreu com os descasos e violências, com abusos de poder e negação de direitos e cidadania. “De um modo geral, a história das populações ribeirinhas se confunde com a história da colonização e exploração da região e envolve (...), tanto os remanescentes de tribos indígenas quanto os remanescentes dos quilombos” (RUSSI, 2012, p. 19). Sua história remonta a uma origem ameríndia. Estes “foram ‘modelados’ nos

³⁴ No ano de 1873, foi registrado que no Baixo Amazonas existia (1821) “18 paróquias todas com título de villas, tres missões e sete lugares. A jurisdição ecclesiastica hoje não comprehende mais as missões e lugares. Actualmente a comarca ecclesiastica do Baixo Amazonas comprehende 18 freguezias”. Ver SOUZA, Cônego Francisco Bernardino de. Op. cit, 1873, p. 143.

aldeamentos dos missionários e nas vilas dos colonos nos séculos XVII à XIX” (ARENZ, 2000, p. 11). Foram tratados “como seres humanos ‘in-cultos’ e ‘não-redimidos’, precisando da integração ao projeto civilizatório-cristão (...) e foram cobiçados como mão de obra barata e imprescindível para a exploração econômica da região” (Idem). Neste sentido, o papel dos missionários como mediadores na catequização e no aldeamento dos indígenas, contribuiu para o desenvolvimento deste novo grupo étnico. Eram atuantes como remeiros, canoieiros, guias, intérpretes e artesãos.



Fotografia 3: Moradores da Comunidade Boa Nova, Lago Sapucúá (PA), junho de 2012. Fotografia da autora.

Uma das características mais marcantes deste grupo é o conhecimento sobre a natureza e toda sua adaptação do meio em que vivem. Suas moradias são em casas palafitas, as quais aguentam por décadas as cheias e vazantes dos grandes rios amazônicos, aqui no caso, os rios Trombetas e Amazonas. Mantém alguns alimentos para subsistência como hortaliças suspenso em torno da casa. Algumas vezes são criados animais como aves para abate doméstico. O calendário dos amazônidas, habitantes da várzea dos grandes rios, permite que estes possam programar suas estratégias agrícolas e de sobrevivência, conforme os seguintes meses:

O calendário da várzea possui quatro estações que correspondem à combinação dos regimes fluvial (enchente, cheia, vazante e seca) e pluvial (“inverno” e “verão”) (...). Os meses de maio, junho e julho formam o trimestre da estação cheia, quando uma grande parte das áreas cultiváveis está submersa, causando uma redução drástica nas atividades da fase terrestre (...). Agosto, setembro e outubro formam o trimestre que corresponde à estação da seca. Esta estação se caracteriza por um menor nível das

águas, mínimas mensais e precipitação, máximas de insolação e de evapotranspiração (PEREIRA, 2007, p. 16).

Dentro deste contexto ambiental podemos encontrar os ribeirinhos. Por todo o seu conhecimento da região e dos processos naturais desta, estes tiveram importantes contribuições para grupos de exploradores, cientistas, viajantes e curiosos, ainda na atualidade. Entretanto, este grupo, quase sempre, esteve a margem ou excluído na ocupação de cargos funcionais de grandes projetos na Amazônia, como por exemplo, os das mineradoras na região. Contudo, “apesar de todo o processo de marginalização econômica e exclusão social a que foi submetido o caboclo, sua cultura representa um notável esforço de adaptação e lição (...), de viver de maneira mais integrada e harmoniosa com o meio” (RUSSI et al, 2012, p. 20), respeitando a natureza e as diversas culturas da região.

Apesar de todas as mudanças políticas e culturais que grupos étnicos passaram dentro deste contexto histórico, dado o exemplo dos grupos ribeirinhos, faz-se importante salientar que tanto as relações de contato entre o indígena e o branco, assim como entre estes dois grupos e os escravos, não foram somente de relações onde a dominação (submissão e passividade) foi descrita generalizadamente (CELESTINO DE ALMEIDA, 2003). Ocorreram também guerras e negociações políticas (alianças) entre diferentes grupos, além de negociações culturais, traços estes que são vislumbrados em histórias, rituais e práticas no Baixo Amazonas, como veremos nos capítulos 4 e 5 desta tese.

1.3 REMANESCENTES QUILOMBOLAS

Com a entrada do cacau na pauta da exportação da Província do Grão-Pará em fins do século XVIII, iniciou-se a introdução da mão de obra escrava na região³⁵. Já em um cenário diferente do que o século anterior, porém ainda no regime escravocrata no século XIX, inicia-se a decadência do cultivo do cacau. É dentro deste contexto histórico que os negros de regiões do Baixo Amazonas, escravos pertencentes a fazendas de Alenquer, Óbidos, Santarém e até mesmo dos arredores de Belém, começaram a fugir para o vale do rio Trombetas. Na calada da noite, em tempos de cheias (dezembro a maio), em épocas de coleta da castanha e

³⁵ Um dos autores que mais retrataram a questão da escravidão no século XIX na Amazônia foi o naturalista e biólogo britânico Alfred Russel Wallace (1853), que em sua obra “**Viagens pelo Amazonas e Rio Negro**”, conforme Vicente Salles (2004, p. 170) foi o autor que “permitiu-se fazer observações de caráter mais geral e foi, seguramente, o primeiro coletador de contos populares na região amazônica, quicá no Novo Mundo, contos que se referem ao negro”.

em ciclos festivos como o natalino e junino, ocorriam as fugas, tantas em processo individual ou coletivo (FUNES, 2009, p. 149). Aproveitavam a chance para entrar em pequenas embarcações ou canoas e remar pelo rio Trombetas durante dias. O destino era acima das cachoeiras (da Pancada, do Ventilado, da Porteira), locais de difícil acesso para recaptura por capitães do mato e pelos governos, iniciando assim, a formação de mocambos.

Remavam pelos igarapés, “tomavam os furos (...) passando de um lago a outro. Pelos paranãs, varavam de um braço a outro do rio. Adentravam pelo Amazonas, subiam para as cabeceiras de seus afluentes da margem esquerda” (FUNES, op. cit., 149-150), se estabeleceram nas regiões de água brava, isto é, acima das cachoeiras e corredeiras. Conhecer a natureza e usá-la a seu favor era imprescindível, já que era esta que os esconderia e dificultaria o acesso de seus senhores ou capitães de mato na recaptura. Os quilombos do Trombetas tiveram significativa importância na luta dos escravos na Amazônia, sendo estes um território dos maiores de resistência e de grande dificuldade de destruição e acesso por parte dos governantes da província, capitães de mato e expedições de recaptura. Estima-se que tenham abrigado até dois mil escravos fugidos.

Conforme histórias da região, e que autores locais as referenciam, “é sabido que os índios que acompanhavam as tropas de resgate dos brancos na caça aos negros fujões e captura de quilombolas eram todos batizados, cristãos, portanto, como os brancos” (SALLES, 2004, p. 45). Entretanto, este mesmo autor salienta que:

Houve o episódio curioso dos Mundurucu, habitantes da margem direita do Amazonas, [que] recrutados em 1855 para destruírem, com soldados da Guarda Nacional, o quilombo do Curuá, na margem esquerda, cercanias de Óbidos e Alenquer, abandona[ram] a expedição, no meio do Amazonas, nadando de volta para a terra [e] deixando completamente desarmados os valentes soldados da Guarda Nacional. Ou não foram batizados, ou continuavam solidários com os negros, ou concluíram que não lhes competia a importante tarefa (Idem).

Inúmeros são os relatos destas fugas, tanto por senhores de escravos, quanto por viajantes e governantes da província. Segundo o editorial do Baixo Amazonas (08 de jan. 1876 *apud* FUNES, 2009, p. 149) afirmava que a situação estava se tornando:

[...] aflitivo e verdadeiramente ameaçador em que [condições] vemos o direito de propriedade neste município, relativamente aos escravos, [...] levados abandonam seus senhores para se refugiarem nos soberbos quilombos que nos cercam. Todos os dias registram-se muitas fugas de escravos e de vez enquanto uma leva de 10, 12, 20 e até 30 escravos [...] como as que se deram nas noites de 28 de dezembro do ano findo e 3 deste mês [...]. De janeiro a maio [período] em que enche o Amazonas é

tempo que os escravos julgam mais apropriado para fugirem. Neste tempo o trânsito, que é todo fluvial, facilita-lhes poderem navegar por atalhos que conhecem ou por onde são conduzidos, sem receio de serem agarrados (Baixo Amazonas, 1882).

Os relatos de alguns viajantes e políticos da época mencionam os quilombos como uma situação preocupante, como a falta de segurança, além da falta de crédito aos governantes que não conseguiam resolver este “mal”. Para a sociedade da época, o quilombo foi tido como “foco de desqualificados na sociedade do Baixo Amazonas (...), o lugar onde acobertavam-se toda sorte de facciosos dedicados ao roubo, violência, crime, sedição (...), refúgio de rebeldes, desertores e foragidos, dispostos à margem e à revelia do direito escravista” (ACEVEDO & CASTRO, 1998, p. 67). Outra crítica da época foi a do cônego Francisco de Souza (1873, p. 96) que dizia que “além da grande falta de braços com que lutam os agricultores do Amazonas, em consequência da avultada emigração que afflue para os seringaes, tem ainda de lutar com a praga dos *mocambos*, que são uma viva e permanente ameaça”.

Muitas medidas e iniciativas foram tomadas para controlar e recapturar os escravos fugidos, como podemos ver neste anúncio de recompensa por denúncias e por expedições de resgate pagas pelo Tesouro (BENJAMIM, 1838, p. 55), além de chamada pública para trabalho como capitão do mato (Idem, p. 10), como consta nas imagens a seguir:

<p><u>QUILOMBOS.</u></p> <p>Para exploração e dispersão de quilombos consignou a Assembléa 5:000\$000 réis no art. 15 § 3.º da Lei n.º 154 de 50 de Novembro de 1848, e nas Leis n.º 162 de 19 de Dezembro de 1849, e n.º 218 de 16 de Novembro de 1851 réis 1:200\$000, em cada huma (art. 11 § 2.º)</p> <p>RESOLUÇÃO N.º 222 DE 8 DE NOVEMBRO DE 1852. Autoriza o Governo a mandar com a maior brevidade possível bater e destruir os quilombos existentes em varias localidades da Provincia, empregando para esse fim todas as medidas que entender convenientes: podendo despende em 1852 e 1853 até 12 contos de réis. Os que denunciarem a existencia dos quilombos e conduzirem as expedições, receberão do Tesouro o premio de 200\$000 réis. Vide—<i>Capitães de matto á pag. 10.</i></p>
<p>Fonte: BENJAMIM, Andre Curcino. Índice ou Repertório Geral das Leis da Assembleia Legislativa Provincial do Gram-Pará (1838-1853), p. 55.</p>

CAPITÃES DE MATO.

LEI N.º 99 DE 5 DE JUNHO DE 1841.

Authoriza as Camaras Municipaes a nomearem em cada districto dos seus municipios dous Capitães de mato, sobre proposta dos Juizes de Paz respectivos, tendo os ditos Capitães de mato direito ao pagamento das apreensões dos escravos fugidos.

RESOLUÇÃO N.º 222 DE 8 DE NOVEMBRO DE 1882.

Eleva de 25\$ a 50\$ a taxa marcada no art. 3.º §. 1.º da dita Lei n.º 99 para os apreensores por cada escravo capturado nos quilombos.

Vide — Pedestres.

Fonte: BENJAMIM, A. C. Opus Cit., 1838-1853, p. 10.

As incursões pelo Trombetas para a recaptura eram tantas que o medo dos negros fugidos é relembado na atualidade, tanto em conversas quanto em entrevistas. É possível notar o quão presente estas histórias são entre as comunidades de Oriximiná, como se tivessem eles próprios vivenciado aqueles fatos.

Em depoimento concedido em setembro de 2013 e maio de 2015, a professora³⁶ Eunice Pereira de Jesus (52 anos), neta de quilombolas, nos relatou que:

Na época da escravidão, quando foi libertos os escravos né, [...] cada um fugiu de uma região do Pará, [...] das comunidades mais próximas, de Belém, dessas áreas onde se concentrou mais o negro. Então eles vieram embora, de canoa, de um meio de transporte que eles achavam, desceram o rio. Hoje não se vê um quilombo, assim, próximo as cidades que já existia, os quilombos são tudo adentrando na mata por causa que eles achavam que a lei [Lei Áurea] que tinha libertado eles não ia valer, que eles iam ter que voltar pra senzala. Então, cada negro foi se enfiando, se enfiando, se enfiando, foram se escondendo rio adentro assim, e pra cá foi uma região que mais [vieram]. Se enfiaram nesse Trombetas, cada braço de rio que tinha eles iam se entocando, com medo de que voltasse a lei [escravidão] e eles voltassem pra lá [senzala]. Era uma forma de que nunca os senhores da época iam buscar esse povo pra voltar pra lá.

Uma vez, a minha avó disse, que eles estavam num barraco, a avó dela conta, que eles estavam num barraco e chegaram a deixar uma criança na rede, fugindo. “ — Olha, já vem chegando o barco dos brancos pra levar a gente de volta pra senzala!” Então foi aquele desespero, aquela correria, deixaram a criança na rede! Na verdade, não eram os brancos, eram os índios que também passavam por essa região de vez em quando. E um índio pegou a bebê negra que tava na rede e devolveu pra mãe. Então, dava pra ver o desespero né, eles largavam tudinho pra fugir, pela mata, pelo rio de canoa, a pé.

Eurípedes Funes (2009, p. 147) traz outra história sobre uma tentativa de fuga, nesta ele diz:

³⁶ Subcoordenadora pedagógica da Secretaria Municipal da Educação (SEMED) de Oriximiná, Pará.

Nas conversas com os mais velhos, relembrando as histórias narradas pelos avós, eles contam, em tom de brincadeira, sobre um escravo que, ao fugir do senhor, entrou numa canoa, remou toda a noite e, ao amanhecer, percebeu que não havia saído do lugar. Na pressa da fuga, havia esquecido de desamarar a canoa.

Durante décadas os quilombolas viveram a se esconder pelas matas, igarapés, acima das cachoeiras, mesmo tendo sido abolida a escravidão no Brasil. Outro relato acerca disto traz Gastão Cruls (1973, pp. 6-7) onde ele diz que:

O Baixo Cuminá é um dédalo desnorteante, semeado de lagos e ilhas, e a cada momento esguelhamos por um canal. Num desses lances, acontece vir de descida uma canoinha. Mal os seus tripulantes nos vêem, recolhem-se rápidos a uma das margens, cuja ramaria os acoita. Denuncia-os, porém, o vermelho vivo de um vestido. São, sem dúvida, pretos dos que habitam por aqui, remanescentes dos antigos mocambos e, até hoje [1928], ainda desconfiados e temerosos.

Descer pelas águas mansas ocorria somente em épocas de trocas de mercadorias, de suas plantações de subsistência. Os municípios escolhidos, geralmente eram Óbidos e Alenquer. O comércio também era feito através dos regatões, ou seja, embarcações de pequeno e médio porte, em princípios à vela e posteriormente à vapor, que subiam e desciam o Trombetas, e rios adjacentes, com todo o tipo de material e alimentação, desde produtos de necessidade básica para uso doméstico e para uso pessoal. Não existia a moeda, o comércio era feito através do escambo.

No ano de 1873, o cônego Francisco Bernardino de Souza, em seus registros do livro “Lembranças e Curiosidades do Valle do Amazonas” relata sobre a agricultura de Óbidos, menciona que um dos produtos de melhor qualidade e procura era o tabaco dos quilombos, este que “era cultivado em escala menor que o café. A maior quantidade e a melhor qualidade que ali aparece no mercado, é proveniente dos mocambos do rio Trômbetas” (SOUZA, 1873, p. 244).

Através deste registro é possível verificar que os quilombolas vendiam seus produtos em Óbidos. Além disso, este mesmo autor coloca que a mobilidade dos mocambeiros³⁷ e as relações de contato com os indígenas da fronteira (além das montanhas do Tumucumaque) eram bem dinâmicas. O relatório foi o do Sr. Conselheiro Brusque, que o apresentou a Assembleia Provincial do Pará no ano de 1863, em que este afirma que um explorador, que

³⁷ Conforme Vicente Salles (2004, p. 39), os mocambeiros do Trombetas estabeleceram ligações com os negros-bushoes das Guianas.

atende pelo nome de Thomaz Antonio de Aquino disse-lhe que havia subido pelo principal ramo do rio Cuminá até as cachoeiras, ponto onde iniciou seu percurso por terra por 13 dias consecutivos. Na paragem daquele dia, encontrou com uma grande tribo selvagem, de cor quase branca, semelhante aos mamelucos que conheciam. Essa informação foi confirmada pelas histórias dos mocambeiros que se espalhavam pela cidade de Óbidos, já que estes mesmos, em fuga dos seus senhores, diziam ter sido expulsos daquela localidade pelos mesmos “selvagens” (Idem, 1873, pp. 234-235).

Em grande parte, os quilombos do rio Trombetas, ficam localizados em áreas altas e de segurança, como vemos na fotografia abaixo, pois estes eram constantemente procurados para o resgates por capitães do mato no século XIX.



Fotografia 4: Vista aérea da Comunidade do Jauari. Fonte: Arquivo Associação dos Remanescentes de Quilombos de Oriximiná (ARQMO).

As terras dos quilombos ocupam, aproximadamente 633.000 hectares do território de Oriximiná. Localizam-se, sobretudo, “nas margens de rios, lagos e igarapés da grande bacia

formada pelo Rio Trombetas e seus tributários”³⁸. O sítio divide-se em nove localidades (terras) e em 35 comunidades, correspondentes aos territórios titulados ou em processo de titulação pelo Instituto de Colonização e Reforma Agrária (Incra) e/ou pelo Instituto de Terras do Pará (Iterpa) e são assim conhecidos:

Território	Comunidades	Extensão (ha)	Situação Jurídica	Observação
TQ Água Fria	Terra Fria	557,1355 ha	Titulada Incra (1996)	
TQ Alto Trombetas	Abuí, Paraná do Abuí, Tapagem, Sagrado Coração de Jesus, Mãe Cué	Iterpa (2003) 61.211,9600 ha Incra (2004) 151.923 ha (aguardando)	Titulada Iterpa (2003)	Sobreposição de Flona de Saracá-Taquera e da Rebio de Trombetas
TQ Ariramba	Ariramba	23.418 ha	Incra e Iterpa (2005) Em aberto	Sobreposição da Flota do Trombetas
TQ Boa Vista	Boa Vista	1.125,0341 ha	Incra (1995)	
TQ Cachoeira Porteira	Cachoeira Porteira	228.552,0000 ha	Iterpa (2004) Aguardando	Estudo dos limites de áreas reivindicadas por indígenas e quilombolas. Sobreposição das Flotas de Trombetas e Faro.
TQ Erepecuru	Pancada, Araça, Espírito Santo, São Joaquim, Juary, Boa Vista do Cuminá, Santa Rita, Varre Vento, Jarauacá, Acapu, Poço Fundo	218.044,2577 ha	Incra e Iterpa (1998)	
TQ Jamary/ Último Quilombo	Juquirizinho, Jamary, Curuça, Juquiri, Palhal, Último Quilombo, Nova Esperança	218.044,26 ha	Incra (2004) Processo aberto	Sobreposição da Flona Saracá-Taquera Rebio do Trombetas
TQ Moura	Moura	18.491 ha	Incra Processo em aberto	Sobreposição com a Flona Saracá-Taquera

³⁸ Ver Inventário de Referências Culturais dos Quilombolas de Oriximiná. Levantamento Preliminar. IPHAN; Ministério da Cultura, Oriximiná, 2014.

TQ Trombetas	Serrinha, Bacabal, Jarauacá, Terra Preta II, Arancuan do Meio, Arancuan de Cima, Arancuan de Baixo	80.877,0941 ha	Incra (1997)	
--------------	--	----------------	--------------	--

Tabela 2: Terras Quilombolas de Oriximiná. Fonte: Inventário de Referências Culturais dos Quilombolas de Oriximiná. Levantamento Preliminar. IPHAN; Ministério da Cultura, Oriximiná, 2014, pp. 16-17.

Dentro das características geográficas dos quilombos de Oriximiná, Eurípedes Funes (2000, p. 6) salienta que “as habitações estavam localizadas nas partes altas das margens, em terra firme, fora do alcance das enchentes e evidentemente postas em lugares estratégicos, muitas das vezes ocultas de quem passasse pelo rio”. Isso fica demonstrado tanto no que se refere a localização e ao próprio nome da Comunidade Quilombola Boa Vista, que conforme os moradores, é referente a boa visão que os quilombolas tinham do alto do quilombo em direção ao rio Trombetas. Neste sentido, não eram pegos de surpresa e estavam sempre postos a vigiar. Ainda conforme Luiz Fernando Videira (2011, p. 13),

A história desta comunidade [Boa Vista] data de 1838, e tem como o ponto de referência a chegada do casal de escravos Antônio Honório e Maria José que, fugindo das fazendas de gado e cacau da região de Santarém e Óbidos, dão início ao povoamento, que recebeu o nome Boa Vista, em virtude da excelente localização que possibilitava, pelos dois lados do rio Trombetas, ver quem chegava ao local. Localizada na margem direita do rio Trombetas (...), possui 790 hectares, 2 núcleos populacionais e de Centro e Água Fria com 364 pessoas, 164 famílias (VIDEIRA et al, 2011, p. 13).

Outra comunidade que também fez parte desta pesquisa foi a do Lago Moura. Esta comunidade, segundo a maioria dos relatos dos moradores, teve seu nome associado ao proprietário das terras onde se localiza a comunidade, Moura. Entretanto, “o mais certo é que Moura seja uma corruptela da palavra Mura, em referência à aldeia dos índios Mura” (VIDEIRA, 2011, p. 15). Dentro deste contexto, segundo os relatos da comunidade:

Os primeiros negros a se estabelecerem às margens do atual Lago Moura, sofreram diversos ataques de índios até mesmo com o envenenamento da água, o que causava febre e dor de cabeça em quem bebia dela. Depois de muito tempo, índios e negros acabaram por viver em paz. Sendo assim, supõe-se que os negros do Lago Moura foram agregados ao sistema social dos índios (VIDEIRA et al, 2011, p. 15).

Estas duas comunidades quilombolas aqui referenciadas foram de suma importância para esta pesquisa, já que ambas contribuíram com depoimentos e acesso a todo o tipo de material bibliográfico, histórias e memórias, que se fazem presentes nos próximos capítulos

desta tese. Entre os principais colaboradores, encontram-se Dona Zuleide Viana da comunidade Boa Vista e Dona Maria do Carmo Viana da comunidade Lago Moura, irmãs e ceramistas, líderes de projetos sociais nas comunidades e com um imenso saber das artes de curar.



Na atualidade, os quilombos desenvolvem a plantação de frutas e hortaliças, a pesca, o extrativismo vegetal do açaí, a andiroba e castanha-do-Pará. O peixe e o açaí são consumidos pelos moradores dos quilombos, mas também são comercializados em Oriximiná e em outras cidades da região. A Associação das Comunidades Remanescentes de Quilombolas do Município de Oriximiná (ARQMO) auxilia os moradores no desenvolvimento de projetos que estimulam e abrem comércio para os produtos artesanais (bijuterias, peças de decoração) e de alimentação (Castanha-do-Pará), que são vendidos em feiras de Porto Trombetas e Oriximiná, além de valorizar e ajudar a registrar a história das comunidades juntamente com órgãos como o IPHAN, Ministério da Cultura e da Educação. Está frente aos debates sobre as questões políticas de demarcações das terras quilombolas e na defesa destas perante o avanço extrativista das mineradoras e madeireiras que cercam a região desde os anos de 1970.

Somado a isso, dentro das comunidades encontram-se as casas de artesanato e fornos para queima de cerâmicas tradicionais dos grupos. Tanto o projeto quanto a construção destas

casas são resultantes de parcerias entre a Mineração Rio do Norte e Museu Paraense Emílio Goeldi. O objetivo consiste na busca pela autonomia dos quilombolas e de valorização do patrimônio da região do Trombetas, onde são trocados conhecimentos e histórias sobre os antepassados e habitantes da região. Dentro deste contexto, são ensinadas as técnicas de busca pelo barro, de busca pelo cariapé³⁹ e da confecção de panelas e utensílios de cerâmica quilombola entre os grupos. Também foram desenvolvidas técnicas de confecção de réplicas de cerâmicas de estilo Konduri, de antigos grupos indígenas que habitavam o Trombetas (HERIARTE, 1662, PORRO, 2007), como vemos nas imagens abaixo. Todas estas peças são vendidas em feira na região e também são confeccionadas por encomendas.



Devido à proximidade geográfica, os quilombolas tiveram contato com os indígenas da região (Tiriyós e mocambeiros do Suriname) estreitando relações políticas e econômicas, realizando, até mesmo, alianças políticas, através de casamentos e também econômicas, por troca de produtos por eles confeccionados. Também mantinham conhecimentos comuns sobre a relação do homem com a natureza e sua adaptação naquele contexto histórico e espacial. Neste interim, os conhecimentos sobre o solo, épocas de cheias, plantações de subsistência e

³⁹ A confecção original das cerâmicas Konduri e Tapajônica eram feitas com o cauixi, uma esponja encontrada em lagos de água doce. Porém, por ser muito irritativa a pele, foi sendo substituída pelo cariapé que são “cinzas obtidas da queima da casca de uma árvore do gênero *Licania*. Esta casca contém pequenos cristais de sílica, que proporcionam excelente material para tempero”. Ver artigo de CARNEIRO, R. L. “**Cariapé**”: Um caso de padronização de erro em arqueologia. Revista de Arqueologia, v. 22, n. 1 (jan.-jul. 2009), 9-13, 2009, p. 10.

conhecimentos de ervas medicinais são de certa forma próximos. Entretanto, cada um destes grupos relaciona seu modo de ser e de fazer ao seu universo místico, ora longínquo por suas experiências diferentes e distantes, ora próximo devido aos contatos, nos denotando suas afinidades cosmológicas, isto é, sua relação com a natureza, com os animais e espíritos (RUSSI et al, 2012).

2. AS DOENÇAS TÊM LUGAR?

O presente capítulo foi nomeado em referência a obra de Jacques Le Goff **As Doenças tem história** (1985), em que como um dos autores e organizadores dos capítulos do referido livro, este que nos traz a escrita da história através de uma perspectiva inovadora para a época, onde o objeto central de suas pesquisas são as doenças e todos os desdobramentos médicos e tecnológicos, econômicos e sociais, mas principalmente as mudanças ou impactos que ocorreram entre diversas culturas e estruturas mentais ao longo de séculos, são analisados. Neste sentido, este capítulo relaciona as diversas epidemias e endemias que a população amazônica sofreu e quais foram as consequências destas doenças dentro de suas esferas culturais e sociais.

Através das experiências e conhecimentos sobre a saúde e enfermidades que os europeus trouxeram ao Novo Mundo e em tentativas de sanar as doenças das quais enfrentavam, suas narrativas já delimitavam os lugares e os tipos de comportamentos que eram responsáveis pelo adoecimento e contágios da população (D'ABBEVILLE, 1614). Séculos posteriores, a “ciência médica” baseada em teorias tanto hipocráticas quanto miasmáticas, buscavam intervir em espaços públicos atuando com as desodorizações de enfermidades descontroladas (COSTA, 1973; RAGO, 1985; CORBIN, 1987), as quais em sua extensa maioria eram as doenças tropicais. Com medidas interventivas apoiadas pela Medicina Social (século XIX e XX) e governantes, logo as intervenções passariam dos lugares públicos (topografia médica) ao privado (teorias higienistas), não deixando escapar nem mesmo os modos de comportamentos e mentalidades da população conforme suas crenças. Assim, estas teorias foram difusoras nos meios oficiais de saúde, na construção de ideias, discursos e políticas públicas onde sanar era normatizar comportamentos nocivos à sociedade, principalmente nos que se referissem aos comportamentos de grupos vulneráveis e moradores de áreas rurais, que baseados em “superstições e ignorância”, deveriam aderir aos programas da medicina sanitária. Consequentemente, assim como as primeiras narrativas sobre o contato com os povos nativos desqualificavam a cultura destes, os discursos higienistas aumentaram este número de registros através de expedições científicas e sanitaristas, onde acabaram por fomentar mais preconceito e perseguição aos curadores e portadores dos conhecimentos das artes de curar, empurrando-os para a periferia da escrita da história, que não cessavam de os representar como sujeitos ora ignorantes, ora passivos e

muitas vezes, vítimas de um sistema social do qual não se encaixavam, desconsiderando toda e qualquer tentativa de seus conhecimentos tradicionais ganharem visibilidade frente ao país, fossem por suas práticas curativas, manipulação de medicamentos populares ou manutenção do etnoconhecimento sobre as artes de curar tradicionais.

2.1 LUGARES DE CONTATO: SAÚDE E DOENÇAS, TEORIAS E PRÁTICAS

Para compreendermos a história da saúde e das doenças, as concepções médicas, as políticas públicas de saúde e os cuidados com os corpos e espaços na Amazônia atual, é necessário que façamos uma análise mais aprofundada nas estruturas sociais e teóricas em que se encontraram os diferentes grupos como os indígenas, os quilombolas e os europeus.

Os contatos entre estes três grupos, por séculos trouxeram consigo, pela ótica dos estudos da saúde, doenças e cargas interpretativas sobre as práticas de cura. Cada grupo étnico relacionava uma doença a uma forma de curar. Isto ocorria não somente no Baixo Amazonas, mas em diferentes contextos históricos e geográficos. O contato entre um ou mais grupos diferentes, evidenciava uma pluralidade de conhecimentos acerca do corpo, da saúde, das doenças e das manipulações de remédios em muitos períodos de suas histórias.

À primeira vista e seguindo a lógica das narrativas acerca do assunto, os contatos que se seguiram no Baixo Amazonas influenciaram os modos de comportamento e estruturais culturais, sociais e políticas para os indígenas e quilombolas, gerando em muitos casos, a adoção de novos universos explicativos sobre o corpo, as enfermidades e terapêuticas dos colonizadores ou grupo dominante. Entretanto, assumir esta premissa teórica é também negligenciar que, por mais que houvesse as rupturas ou resistências destas estruturas culturais, ocorre a coexistência, nem sempre em equilíbrio, entre estas culturas. Assim, as escolhas das artes de curar e as manipulações de medicamentos em solo brasileiro, principalmente no Baixo Amazonas na atualidade, são reflexos de intensas e dinâmicas formas de contato e negociações culturais entre a adoção e a negação entre os grupos envolvidos, onde se refletirão não somente na atribuição intelectual ou nos discursos, mas também na projeção da figura do curador, em alguns rituais de cura e na cultura material de consumo.

2.1.1 Teoria Hipocrática

Na Grécia do século V a.C., o século dos filósofos naturais, a medicina era empírica e baseava-se nas interpretações obtidas através de observações e experiências vividas, onde o resultado era a relação de sintomas e para seus tratamentos⁴⁰. Utilizava-se como fonte a análise observatória do corpo humano como um todo, onde a condição geral de saúde dependeria do equilíbrio entre todas as suas diferentes partes constitutivas. A partir desta concepção, ocorreu a construção de uma teoria e a aplicação de diversas práticas curativas ao corpo humano e a influência de seus “espaços medicalizantes” ao próprio organismo. A condição geral de saúde era caracterizada pela manutenção do equilíbrio dos humores no corpo. A ocorrência de doenças era determinada pelo excesso (pletora) ou deficiência (caquexia) de um dos quatro humores corporais, ou até mesmo a corrupção de um destes. O desequilíbrio era o causador da doença. Aos enfermos que em sua “natureza” não conseguissem cumprir estes três estágios para a expulsão da doença por meio natural, o auxílio especializado viria através de medicamentos e/ou tratamentos que objetivassem o expurgo do excesso de fluídos corporais. Poderiam, estes expurgos, serem feitos pelas cavidades anal, bucal, nasal, vaginal e, por orifícios menores como a uretra e os poros. Os principais medicamentos eram os vomitivos, purgativos, sangrias, triaga, pedra de bezoar, ventosas, vesicatórios, clisteres (BITENCOURT, 2011, pp. 23-24). Portanto,

A Teoria Hipocrática baseava-se na correspondência isomórfica entre a ordem do cosmo e o equilíbrio do organismo, que exprimia em um poder natural de correção de desordens: a *vix medicatrix natural* (...), buscando reconstituir o equilíbrio humoral rompido pela desarmonia entre o meio interno e o ambiente humoral envolvente, a terapêutica – basicamente expectante – dependia tanto do médico como da sujeição do paciente no processo de cura” (EDLER, 2011, p. 30).

Médicos, curandeiros, sangradores, cirurgiões-barbeiros, benzedores, rezadores, “curiosos” e feiticeiros, utilizaram e transmitiram por quase dois mil anos as premissas básicas de saúde hipocráticas. As práticas curativas, as classificações etiológicas e sintomológicas de doenças permaneceram arraigadas nas mentalidades pela difusão e prática

⁴⁰ “A perspectiva de doença era muito ampla, pois buscavam fazer um reconhecimento dos sintomas e não propriamente a enfermidade. Essa teoria, “tinha como premissa fundamental uma crença inabalável no poder curativo da *physis*, a natureza”. Buscavam explicações racionais para o surgimento de doenças, onde pudessem romper com interpretações de causas sobrenaturais e religiosas. Ver DRIGALSKI, 1964; LIMA, 1995-6; BITENCOURT, 2011.

do conhecimento médico dissolvido de sua natureza original e aplicado aos cotidianos coletivos entre a sociedade ocidental. Essa continuidade tênue, que até pouco tempo não registrada pela historiografia, sofreu expansão através da Medicina Galênica no Império Romano. Galeno (130-200 d. C.) não utilizava somente os fundamentos hipocráticos, como também a eles associou os tratamentos contrários, isto é, *contraria contrariis* às doenças. “Aplicava calor se achava que a doença resultava do frio, purgativos quando o organismo estava “sobrecarregado”. Os remédios que usava eram preparados principalmente à base de plantas” (SCLIAR, 1998, p. 42). Ainda sobre a medicina de Galeno, Maria Arruda Camargo (2000, p. 8) nos traz que:

Quanto à dietética, voltada aos alimentos, deve-se a Galeno de Pérgamo (131-200 d.C.) como uma obra sistemática e canonizadora dos conhecimentos médicos da época, então desorganizados devido a profusão de escolas e a falta de uma base comum. Escreveu vários livros, entre eles aqueles que tratavam sobre as faculdades dos purgantes e sobre as faculdades e temperamentos dos medicamentos simples, mostrando uma diferença entre fármaco e alimento, mantidas pouco claras desde os hipocráticos. Trata das faculdades dos bons e maus humores dos alimentos (Idem).

Outro importante médico, alquimista e filósofo já em princípios da Idade Moderna foi o suíço Phillipus Aureolus Theopharastus Bombastus von Hohenheim (1493-1541), mais conhecido pelo pseudônimo de Paracelsus (...), que seguindo esta teoria, acreditava que o trabalho do médico seria o de recuperar a saúde buscando substâncias medicinais existentes na natureza que agiriam por simpatia sobre os órgãos e humores afetados. Por rejeitar os humores, pôs em seu lugar três novos elementos: o enxofre, o mercúrio e o sal. Assim, cada doença teria uma terapêutica específica; sendo que os estados patológicos deveriam ser tratados quimicamente, o que valorizava os remédios químicos. Os principais medicamentos utilizados eram o tártaro de sódico potássio, sulfato sódico e o sulfato de amônio, o sulfato de potássio, sulfato de magnésio, carbonato de magnésio (EDLER, 2006).

Compreendendo que cada sujeito é o agente de seu tempo, e portanto, portador do conhecimento de um determinado grupo cultural, os primeiros registros dos viajantes e exploradores no Novo Mundo, continham uma grande quantidade de elogios, de empolgação e expectativas, onde a “construção das ideias pioneiras sobre as Américas foi elaborada entre os limites do real e do imaginário, do singelo e do suntuoso, diante de uma visão ilusória que influenciou historiadores, filósofos, físicos e romancistas” (GURGEL, 2010, p. 23), influenciando o imaginário coletivo e impulsionando interpretações nas escritas históricas.

Nestes tipos de registros, capítulos inteiros se destinavam a descrições naturalistas sobre os ares, sobre os ventos, sobre a flora e fauna, sobre as águas, sobre a salubridade do

clima, sobre os miasmas e, finalmente, sobre os gentios e suas culturas. Muitos registros também foram escritos por jesuítas, estes quais traziam além das tentativas de assimilação dos novos espaços, a natureza, suas prerrogativas religiosas e as interações com os povos originários. No que se relaciona aos remédios da terra, principalmente os que atuavam como purgantes, isto é, tentavam estabelecer uma relação direta entre a teoria do velho mundo (teoria hipocrática) em que se expurgavam os excessos para curar as doenças, com o novo, onde utilizavam os conhecimentos dos grupos indígenas sobre a fauna e flora e as possibilidades de cura, como descreveu P. José de Anchieta para o Padre Geral, em 1560:

Há uma certa árvore, de cuja casca com faca, ou do galho quebrado, corre um líquido branco como leite, porém mais denso, o qual se beber em pequena porção, relaxa o ventre e limpa o estômago por violentos vômitos; por pouco, porém, que se exceda na dose, mata. Deve-se, enfim, tomar dele tanto quanto caiba em uma unha e isso mesmo diluído em muita água; se não se fizer assim, incomoda extraordinariamente, queima a garganta e mata (Cartas Jesuíticas III, p. 127, apud ASSUNÇÃO, 2000, p. 223).

Não somente a teoria e os registros realizados sobre o humoralismo influenciaram nas interpretações sobre doenças, saúde e meio ambiente entre os grupos envolvidos no contato, mas também a atuação de médicos, aliados à teoria hipocrática e suas práticas curativas, tiveram grande impacto no conhecimento dos povos originários e quilombolas em suas artes de curar, assim como estas artes de curar caboclas e todos os conhecimentos sobre a manipulação da floresta para medicações, também foram adotados por europeus através das incorporações e negociações culturais (ALBERT, 1992; BHAHA, 1994).

2.1.2 Teoria Miasmática

Paralelamente a teoria dos humores, outra teoria também foi utilizada para a interpretação sobre as doenças e seus meios de contágio, a teoria miasmática⁴¹. Para esta, a concepção de saúde e de doença estavam relacionadas aos miasmas, sendo estes os maiores causadores de enfermidades, já que os ares pestilentos, resultantes da decomposição pútrida

⁴¹ Thomas Sydenham e Giovanni Lancisi foram os formuladores da teoria miasmática no século XVII. Além destes, esta teoria recebeu contribuições de outros cientistas (Arbuthnot, Priestley, Lavoisier) que buscavam compreender a composição dos gases na atmosfera e quais destes poderiam ser considerados puros ou pútridos, estabelecendo posteriormente as bases para a teoria higienista sobre os corpos e espaços salubres e insalubres. Ver a obra de CORBIN, Alain. **Saberes e Odores: o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987, p. 22.

de pântanos, corpos e do acúmulo de lixo e dejetos, isto é, eram os culpados de contágios de cidades e comunidades inteiras. Neste sentido,

O ar de um lugar é um caldo pavoroso no qual se misturam as fumaças, os enxofres, os vapores aquosos, voláteis, oleosos e salinos que exalam da terra, e, se for o caso, as matérias fulminantes que ela vomita, a morrinha que sai dos pantanais, os insetos minúsculos e seus ovos, animáculos espermáticos, e, muito pior ainda, os miasmas contagiosos que se elevam dos corpos em decomposição (CORBIN, 1987, p. 21).

Para Alain Corbin (op. cit, p. 22), esta teoria possui “um conjunto de convicções no qual se enraíza essa vigilância atmosférica que sustenta a medicina neo-hipocrática, que suscitará a epidemiologia do Antigo Regime”, e trabalha conjuntamente com a teoria hipocrática quando se relaciona as tentativas de cura e identificação de algumas doenças, em que:

Se o combate permanente que se desenrola no vivente der vantagem à putrefação; se, porventura, miasmas pútridos, emanados dos corpos doentes ou em estado de decomposição, forem inalados pelo organismo e vierem a corromper o equilíbrio das forças intestinais; se se produzir uma interrupção da circulação do espírito balsâmico do sangue pela obstrução dos vasos, viscosidade dos humores ou ferimentos, isto poderá significar o triunfo da gangrena, da varíola, do escorbuto, das febres pestilenciais ou pútridas. O anti-séptico, isto é, a substância capaz de entrar o excesso de putrefação, deve ser procurado entre os corpos voláteis, quentes, oleosos, aromáticos, aptos a fornecerem as vias pelas quais deve circular o espírito balsâmico. A promoção terapêutica dos aromatas, fundada sobre a volatilidade e seu poder de penetração, concorda com uma antiga tradição, aquela levará Hipócrates a combater a peste através dos odores (Idem, p. 27).

Apesar das noções sobre a saúde e os meios (ares corruptores) sobre esta, durante séculos estudiosos não conseguiam distinguir os comportamentos humanos em meio aos centros urbanos que poderiam gerar epidemias e pestes. Os acúmulos de lixos, a ingestão de águas insalubres, por exemplo, trazia ratos e camundongos para o convívio domiciliar e as águas levavam a população a ter diarreias e vários episódios de cólera. Contudo, apesar das interpretações embasadas nas observações do médico (medicina empírica) estarem teoricamente desvinculadas as respostas religiosas, muitas vezes previam-se epidemias através dos “sinais anunciadores” que poderiam ser “tremores de terra, nascimento de monstros, aparição constante de serpentes, nuvens de gafanhotos (...), [onde] certo papa excomungou o cometa de 1532” (DRIGALSKI, 1964, p. 15), mostrando que na época, para muitos não eram os camundongos ou ratos, ou águas infectadas que eram os veículos das

doenças, mas sim os vícios e os pecados cometidos por aquela população⁴². Este tipo de pensamento veio perpetrando-se até a atualidade, onde julgando-se o comportamento do sujeito de “moral corrupta”, o culpam por sua própria doença e não a um sistema de saúde pública falho, onde a estrutura não absorve em sua totalidade todos os indivíduos adoentados da sociedade.

Também embasados na teoria miasmática e locais de ares puros, essenciais para a saúde, Claude D’Abbeville (? – 1632) em seu livro *“História da missão dos padres Capuchinhos na Ilha do Maranhão e terras circunvizinhas”* de 1614, discorre longamente suas explicações científicas, baseadas nos estudos dos físicos, sobre a posição geográfica do território brasileiro (topografia médica)⁴³, neste caso ele se referia a Ilha do Maranhão, em relação ao equador, onde:

Não é possível desejar ar mais puro e sereno do que por aqui reina de costume. Os elementos são naturalmente puros e límpidos; e quando se corrompem ocorre a corrupção tão sómente em virtude de causas estranhas e êles. E o que pode causar maior alteração, maior impureza e corrupção do ar do que a oposição de suas quatro qualidades primárias: calor e frio, secura e umidade (...). Ora essa terra acha-se isenta dessas oposições; o frio aqui só se encontra de permeio com o calor, e à secura não falta a atenuante das chuvas (D’ABBEVILLE, 1614, p. 153).

A obra de D’Abbeville transcorre em tom de admiração por sua passagem pelo território norte do Brasil. Em sua narrativa pode-se perceber que este exalta a natureza (salubre), descreve a fauna e os indígenas. Faz menção à Europa, sobre a atmosfera em comparação a Ilha do Maranhão, nos evidenciando uma interessante exposição sobre sua explicação de salubridade dos ambientes, conforme pregava a teoria miasmática vigente. Então assim diz:

Na Europa, muitas vêzes podemos observar estranhas impressões na atmosfera, presságios de incriveis tempestades; a terra enche-se de vapores infectos e de exalações pútridas que se espalham abundantemente pelo ar, o qual assim se altera e corrompe, o que dá causa a muitas espécies de meteoros, chegando então (como viram os físicos) a chover ratos, rãs, vermes, lã, sangue, leite e outras cousas

⁴² “Entre as práticas favoráveis, usava-se o princípio de que os odôres mais nauseabundos opunham-se ao contágio, recomendando-se assim os das latrinas, do estêrco, e chegava-se mesmo a colocar bodes nos quartos dos doentes. Quanto mais insuportável fosse o mau cheiro, mais depressa a peste passava”. Ver a obra de DRIGALSKI, Wilhelm von. **O Homem contra os Micróbios. As doenças contagiosas na história e na vida dos povos**. Belo Horizonte: Editora Itatiaia, 1964, pp. 24-25.

⁴³ “Os estudos sobre a topografia médica permitiram um conhecimento preliminar para que o médico pudesse conhecer a natureza das doenças ali reinantes e soubesse utilizar a terapêutica adequada (...), [em que] a descrição física do meio ligava-se à concepção qualitativa e antropomórfica da natureza”. EDLER, F.C. **A Medicina no Brasil Imperial: clima, parasitas e patologia tropical**. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 2011, p. 31.

apavorantes. Donde virão, pergunto, todos êsses prodígios senão da enorme impureza da terra e do ar? O fato é que nada disso se vê no Brasil (Idem, p. 154).

No Velho Mundo, além das explicações hipocráticas para o desenvolvimento de enfermidades e suas formas de cura, a população quinhentista convivia com a varíola, com o tifo epidêmico, com a tuberculose, a hanseníase, a peste bubônica, a sífilis e outras doenças venéreas, sendo estas, alguns exemplos de doenças que se concentram mais nos centros urbanos e nas aglomerações de pessoas, facilitando o contato e contágio (BATISTA, 2007; EDLER, 2006 e 2011; LOUREIRO, 2004; BOTELHO, 2014), doenças estas que também chegaram ao território brasileiro através das embarcações e suas condições insalubres.

Já no século XIX, tantos os relatórios médicos quanto as autoridades sanitárias do Pará, fomentavam esta concepção de miasmas como o grande disseminador de doenças pela região. Entre os maiores registros estavam a malária e a febre amarela. Os miasmas conhecidos como “miasmas paludosos” indicavam o impaludismo (malária) como febres de mau caráter de “maus ares”, e assim foi registrado em carta publicada por Alexandre Rodrigues em 15 de março de 1787, que “o cirurgião Antonio Joseph D’Araújo Braga, [adotou] a teoria miasmática para a realidade amazônica” (LOUREIRO, 2007, p. 29). Como sua justificativa escreveu que “os miasmas decorrentes da putrefação de animais e peixes, misturados a restos de plantas venenosas, como o assacu, a erva de rato e o timbó, sob a ação do sol, nas margens dos rios” (Idem), eram os corruptores da saúde dos amazônidas.

A Febre Amarela teve significativas mudanças em suas formas de prevenção e tratamento nos últimos dois séculos, séculos XIX e XX. Na época de seu aparecimento e epidemia por Pernambuco e posteriormente na Bahia, especialistas foram contratados para combater este grande flagelo que assolava a população colonial. Foi nessas circunstâncias que o médico João Ferreira Rosa foi contratado pelo governo português por seis anos. Este desembarcou em Pernambuco em 1690 e apresentou uma relação de providências para o combate à Febre Amarela, as quais consistiam em “acender fogueiras com ervas aromáticas por trintas dias, emanar tiros de artilharia pelo menos três vezes ao dia” (GURGEL, 2010, pp. 162-163). A purificação das casas também era praticada e “nos domicílios, as janelas eram abertas, e onde porventura tivesse morrido alguém do mal, neles se lançava cal virgem pelo chão e queimavam-se defumadores” (Idem)⁴⁴. A limpeza urbana integrava estas medidas

⁴⁴ Segundo Alain Corbin (1987, p. 87), “se seguirmos Pringle, a mirra, a cânfora, a serpentária, as flores de camomila e a quina revelam-se os mais eficazes anti-sépticos. Lind, por sua vez, recomenda para corrigir o ar pútrido o uso do vinagre canforado ou de odorantes resinosos”.

profiláticas, e deste modo, todos os dias eram removidos cisco, imundícias e lixo próximos as casas e edifícios.

Aos enfermos, a medida profilática era a de isolamento e segregação. Hospitais, barracões e enfermarias, principalmente os que fossem destinados às doenças infectocontagiosas, deveriam ser edificadas fora do perímetro urbano, como medida de tratamento, isolamento e controle social e médico dos enfermos e da doença (FOUCAULT, 1979). O aumento vertiginoso dos amarementos no final do século XIX e na primeira década do século XX no Pará, fez com que as autoridades políticas e sanitárias criassem um hospital específico para a doença e também, buscassem formas de transportar esses enfermos até a enfermaria que se destinavam ao seu tratamento/isolamento no hospital Domingos Freire⁴⁵, em Belém. Sendo assim,

Os amarementos seguiam em carros especiais, sem guarnições e estofos. Por ocasião da saída do transporte, o condutor recebia um cartão com a hora da partida, que deveria ser entregue no hospital onde era anotada a da chegada e do regresso para a estação. Os condutores dos veículos estavam expressamente proibidos de interromper ou desviar o roteiro do percurso entre a casa do doente e o hospital (COSTA, 1973, p. 85).

Estas medidas não eram muito diferentes das de 220 anos anteriores. Conforme a campanha sanitária estabelecida pelo médico João Ferreira Rosa em 1690, “os doentes foram segregados para longe do espaço urbano; roupas e colchões por eles usados [eram] lavados duas ou três vezes seguidas, ou queimados” (GURGEL, 2010, pp. 162-163).

Ainda segundo as prerrogativas deste médico, quando houvesse o falecimento de um dos enfermos, “os sepultamentos, também distantes da cidade, eram realizados em covas com mais de cinco palmas, seguida pelo acendimento de fogueiras sobre as mesmas, que ardiam por três dias; depois os jazigos eram ladrilhados” (Idem). Também estavam proibidos os enterramentos no interior das igrejas. A partir deste momento, para o “sepultamento dos pacientes dos “males” passou a ser exigido o atestado de óbito, com expressa indicação de *causa mortis*” (Idem). Novamente, dois séculos posteriores, podemos perceber a preocupação da limpeza do local de falecimento por febre amarela. Nas primeiras décadas do século XX, o domicílio onde ocorria o falecimento “era obrigatoriamente desinfetado pelos funcionários da

⁴⁵ Na cidade de Belém existiam quatro hospitais que se destinavam ao tratamento e isolamento de enfermos por febre amarela. Entre eles estavam o Domingos Freire, o D. Luiz I (Benemérita Sociedade Portuguesa Beneficente do Pará), a Casa de Saúde da Ordem Terceira de São Francisco e o Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Pará. O hospital Domingos Freire foi o mais utilizado nos tempos da campanha contra a febre amarela por Oswaldo Cruz, a partir de 1910.

repartição competente sob a orientação do inspetor sanitário, como providência inicial, era fixado na porta de entrada do prédio um interdito” (COSTA, 1973, p. 85).

Os governantes do estado do Pará, já por volta de 1860, assinalavam os lugares em que a população estava mais exposta a estes focos miasmáticos e outras cidades consideradas mais salubres (topografia médica)⁴⁶. Para estes, “a cidade de Óbidos assentada sobre um outeiro bastante elevado, exposta á livre corrente das brisas em todas as direcções, parece que devia ser um dos pontos de maior salubridade em todo o valle do Amazonas” (BRUSQUE, 1863, p. 28). No entanto “a obstrucção, porém, dos grandes lagos Carauá e Juncal, (...), deo lugar a que em certas épocas do anno soffrão seus habitantes as febres intermitentes, e outras enfermidades resultantes dos miasmas paludosos” (Idem), já que estes eram “produzidos pelos vegetaes em putrefacção, que se agglomerão no seio das aguas estagnadas” (Idem). A cidade de Santarém, também era alvo dos registros sobre o as condições de salubridade na região do Baixo Amazonas. Entretanto, ora considerada lugar de água potável, ora considerada lugar de água contaminada, estes registros acabavam por fomentar a manutenção da natureza (além de confusões nos modos de comportamento), como entender os processos de vazantes e enchentes dos rios para a ingestão segura da água. Assim descreve Brusque (1863, p. 28):

A cidade de Santarém não é em si mesmo tido como insalubre como parece. Todavia é de summa conveniência melhorar as condições do abastecimento da agoa potável. A agoa, de que se faz uso constante n'aquella cidade, é a do rio Tapajós. No tempo da vasante ella é pura e cristalina; logo porém que a enchente começa, torna-se impura, é impregnada sempre de substancias orgânicas em decomposição. (...) As aguas trazidas muitas vezes dos rios, reconhecidamente pestíferos, e de inúmeros lagos infectos, fazem que a agua do rio Tapajóz se torne em certas épocas um agente deletério, e jamais possa ser considerada potável” (Idem).

Entendendo que a exposição dos corpos próximos as regiões onde os miasmas determinavam a saúde ou doença de populações tanto na Europa, na Ásia, África e América⁴⁷, iniciam medidas profiláticas que trabalham com intervenções nos espaços e posteriormente,

⁴⁶ “Em meados do século XIX, escudada na necessidade de debelar as grandes febres e surtos epidêmicos, de eliminar focos de infecção, ares e águas contaminados, de baixar as elevadíssimas taxas de morbidade e mortalidade através de severos dispositivos sanitários, a medicina, até então sem qualquer projeto de combate sistemático a essa insalubridade generalizada, passou a exercer um controle fiscalizador crescente”. Ver LIMA, op. cit., 1995-1996, p. 81.

⁴⁷ Nestes continentes foram registrados durante séculos doenças como a malária em populações próximas a florestas e pântanos, tornando a doença endêmica nestas regiões. “Os habitantes estavam habituados à picada dos insetos, não lhes dispensavam mais nenhuma atenção. Mas, nessas regiões, as crianças por mais vigorosas que fossem, eram algum dia bruscamente presas de uma febre violenta. Restabeleciam-se, depois rapidamente – ao cabo de um dia ou dois, - sofriam de novo tremores e a febre consumia pouco a pouco”. Ver DRIGALSKI, op. cit., p. 31.

aos corpos. Neste sentido, médicos e higienistas travavam luta constante contra os ambientes miasmáticos, nos quais indicavam a desobstrução dos igarapés, dos pântanos com comunicação com os rios, onde era necessário escoar os esgotos estagnados. Também indicavam a limpeza das valas e melhor escoamento das águas paradas (BRUSQUE, 1863, p. 26). Também faziam “a destruição dos assacuseiros (...), que vegetão em grande quantidade no seio desses terrenos alagados [onde], é de indeclinável necessidade para evitar o maior despreendimento de miasmas que exhalão as folhas cahidas e em putrefação” (Idem, p. 28).

Em ambos os exemplos, é possível notar a grande preocupação das autoridades sanitárias em, num primeiro momento, purificar todo o ambiente e limpar todo e qualquer tipo de fluído que o falecido pudesse ter deixado, evitando assim uma possível contaminação por estes, e em um segundo lugar, desinfetando o ambiente do falecido também, porém com um maior controle de isolamento do próprio corpo, já que no começo do século XX a medicina científica já havia descoberto que a forma de contaminação pela febre amarela não eram os fluídos corporais infectados, mas sim a fêmea do mosquito *Aedes aegypt*, o vetor. Entretanto, as medidas sanitárias ainda compreendiam o isolamento do enfermo, medidas diferenciadas nos enterramentos e um maior controle disso dentro dos cemitérios, conforme salienta Afrânio Peixoto (1932, p. 54) onde o perigo dos cemitérios era o de contaminar o solo e a água, portanto, “não se deve pois, por motivo nenhum, infeccionar o sólo com cadáveres e excreções de animaes ou homens, carbunculosos e tetânicos; seria perpetuar essas duas calamidades”. Outra medida profilática utilizada nas épocas de epidemias, era a da polícia sanitária, a qual fazia a inspeção das embarcações e tripulação nos portos, afim de controlar e barrar a entrada de pessoas infectadas nas cidades.

2.1.3 Teoria Microbiana

No final do século XVIII, os estudos de mapeamento do corpo humano propiciaram uma série de classificações e definições de doenças, iniciando uma nova era no campo científico, o da Medicina Experimental. Através do Hospital-Escola, a Medicina Experimental pode se aplicar melhor ao seu objeto de estudos, o paciente (FOUCAULT, 1998 p. 2). Para Laura Moraes (1999, p. 20)

No século XVIII, a dessacralização do corpo atingiu o seu auge, levando a medicina a aprofundar seus conhecimentos de anatomia e a fortalecer os estudos da nosologia que possibilitaram a classificação das doenças a partir da observação dos seus sintomas e, principalmente, da dissecação de cadáveres. O corpo passa a ser sede das doenças, espaço onde elas poderão ser catalogadas e classificadas.

O século XIX foi marcado por inúmeros avanços nos campos da Ciência e da Tecnologia. Entre suas inúmeras descobertas, o aperfeiçoamento do microscópio por René Laënnec em 1818, e o descobrimento dos raios-x em 1895 pelo físico alemão Wilhelm Conrad Röntgen, foram de fundamental importância para os exames laboratoriais e experimentações clínicas que aconteceriam posteriormente. As especializações médicas juntamente com o aperfeiçoamento dos métodos científicos, trouxeram à tona pesquisadores como Pasteur e Robert Koch⁴⁸, criadores da Microbiologia no ano de 1875, que divulgaram o legítimo causador de diversas doenças, os micróbios. A partir do momento em que a ciência passou a reconhecer os diferentes micróbios como os causadores de doenças graves como a tuberculose, febre tifoide, peste bubônica entre outras, foi possível trabalhar em métodos que buscavam isolar estes agentes patógenos para uma cura e tratamentos mais eficazes.

Com maior exatidão as indagações sobre contágios, epidemias e endemias, o corpo médico e especialistas em saúde passaram a ter maior credibilidade no meio científico. Em razão disso, estes passaram a ter legitimidade sobre seu corpo de ofício e assim, estabeleciam através de seus discursos os poderes de manutenção dos corpos da sociedade, receitando, indicando e ditando novos comportamentos a serem seguidos (ROSEN, 1994).

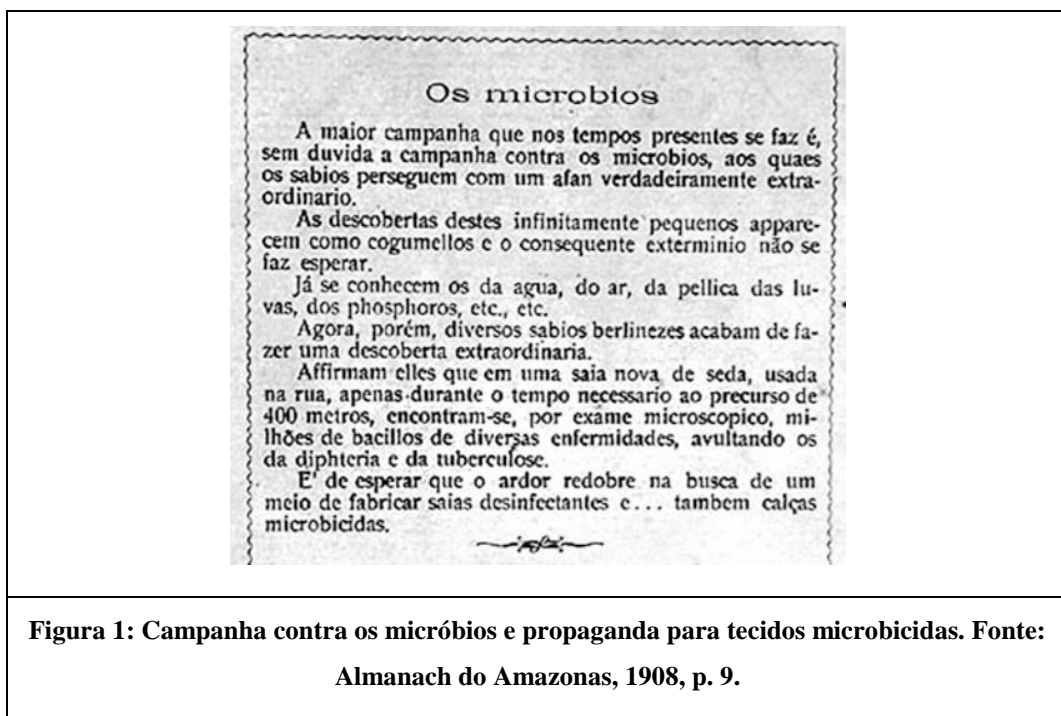
No entanto, apesar de descobertas significativas sobre algumas doenças que afligiram a humanidade durante séculos, a continuidade de práticas preventivas e também curativas pela população, continuavam agregadas a velhas concepções teóricas e práticas de doenças, isto é, dos miasmas. Isso significava a não ruptura direta com os métodos e tampouco com as técnicas hipocráticas, miasmáticas e populares (tradicionais), além de algumas vezes, a teoria microbiana sofrer resistência até mesmo no meio médico mais conservador, que continuavam a utilizar suas antigas concepções sobre contágios e meios contagiantes. Esse problema também foi enfrentado por Oswaldo Cruz, que cinco décadas após o relato de Walter Bates (1851)⁴⁹ a respeito dos fluídos corporais não serem os causadores da febre amarela na cidade

⁴⁸ O bacteriologista Robert Koch apresentou a Sociedade de Fisiologia em Berlim no ano de 1889 a descoberta da bactéria causadora da tuberculose, o *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch, revolucionando o campo científico da bacteriologia e estruturando novas prerrogativas de tratamentos e profilaxia (GUERRAND, 1997).

⁴⁹ “Ao chegar em Belém, a 28 de maio de 1848, na companhia de Alfred Russel Wallace, o naturalista Bates hospedou-se na casa do seu compatriota Miller, agente de vapor inglês que o transportara” (SALLES, 2004, p. 184).

de Belém, recebeu muitas críticas tanto por parte de muitos médicos quanto por parte da sociedade, pois muitos acreditavam na teoria da doença pelo contato com as roupas, suor, sangue e secreções de doentes (COSTA, 1973).

Em contrapartida, a medida em que iam se alargando o campo da tecnologia bacteriológica e o rastreamento e desmitificação de diversas enfermidades, muitas até mesmo milenares ainda presentes na sociedade, novas propagandas e inventivas eram criadas para um maior esclarecimento dos “novos vilões” (fungos, bactérias, protozoários e outros parasitas) e para o aconselhamento em mudanças de costumes que eram nocivos ao homem, como expressa o texto a seguir:



Um dos exemplos nas mudanças sobre a profilaxia dos ambientes ocorreu ao transmissor da febre amarela que agora sabia-se que era um mosquito⁵⁰. Neste sentido, alteraram-se algumas medidas sanitárias como suspender as desinfecções por queimas de ervas aromáticas e fogueiras nas ruas, que era método tradicional no combate à moléstia, e implantou uma busca pelos focos destes insetos, inspecionando casas, jardins, quintais e ruas. Desta forma,

⁵⁰ A chamada “teoria dos mosquitos” só foi divulgada pelo chefe do Serviço Sanitário no Amazonas no relatório de junho de 1902, publicado em 1903. Alfredo da Matta faz uma exposição sobre os significados da higiene, do ponto de vista da ciência, e destaca que o saneamento pode contribuir para a eliminação de doenças evitáveis como a malária e a febre amarela. Ver SCHWEICKARDT, 2011, p. 117.

A atividade de desinfecção passou por modificações. Nos primeiros anos do século XX os médicos entendiam que as moléstias infectocontagiosas eram propagadas pelo ar ou pelo contato, assim a desinfecção com enxofre e formol ajudaria a combatê-las. Porém, com o advento da teoria dos vetores, as desinfecções ganharam um novo sentido (...) e “aldehyde fórmico (...) destrói prontamente o *Stegomya fasciata*, trasmissor do morbus. (...), porém as roupas e móveis continuavam a ser desinfectados, assim como paredes, soalhos, aparelhos sanitários, fossas, sarjetas e esgotos, o que demonstra que nem tudo da teoria do contagionismo havia sido abandonada (SCHWEICKARDT, 2011, p. 155).

Com estes novos preceitos, aplicavam-se as medidas da medicalização urbana, que afastará dos centros urbanos os cemitérios e hospitais, assim como ocasionará o dessecamento de pântanos, o recolhimento de lixos e a pavimentação de ruas. Segundo Michel Foucault (1979 p. 90), a Medicina Urbana é “uma análise das regiões de amontoamento, de confusão e de perigo no espaço urbano⁵¹; é o controle de uma boa circulação dos elementos água e ar”, trabalhando em favor das melhores condições da saúde humana em todos os aspectos espaciais, pois “a medicina urbana não é verdadeiramente uma medicina de homens, corpos e organismos, mas uma medicina das coisas: ar, água, decomposições, fermentos; uma medicina das condições de vida e do meio de existência” (Idem, p. 92). É importante salientar que “o antigo estoque de conhecimentos sobre os agentes etiológicos, os processos patogênicos e as morbidades que eles ocasionavam, seria constantemente reestruturado, ao longo do século XIX, antes mesmo do advento da teoria microbiana” (EDLER, 2011, p. 54). Essas descobertas deram início a intervenções em comportamentos e na instrução de outros novos padrões.

2.2 (DES) CONSTRUINDO LUGARES E ESTEREÓTIPOS

Colonial-os será bem árdua tarefa, mas realizável pela perseverança e prudente vontade.

Brusque. **Relatório da Província do Pará**, 1863.

Enquanto as práticas institucionais sanitárias ganhavam cada vez mais legitimidade e alcançavam os mais diversos lugares no Brasil, os discursos médicos ganhavam mais fôlego na medida que surgiam as replicações de teorias pautadas nas ideias evolucionistas de raça e

⁵¹ Sobre a organização dos espaços urbanos e doenças, ver trabalhos de: VIGARELLO, G. **O Limpo e o Sujo. A Higiene do Corpo desde a Idade Média**. Lisboa: Editorial Fragmentos, 1985. MARQUES, E. C. **Da Higiene à Construção da Cidade: O Estado e o Saneamento no Rio de Janeiro**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, II (2): pp. 51-67, jul.-oct. 1995.

no papel do médico sanitário como precursor do conhecimento oficial e legítimo, salvador da saúde e ordem social, assim como das futuras

Associados a Medicina Social e ao Higienismo, teorias científicas do final do século XIX, e posteriormente agrupadas as ideias da Eugenia, produziram e influenciaram uma investida das políticas públicas intervencionistas voltadas para a ordem e limpeza dos espaços, dos corpos e também dos costumes e moralidades, onde “mais do que discernimento pelo olhar analítico e classificatório de médicos, higienistas (...) e inspetores públicos, é o desejo de eliminação da diferença, de normalização do Outro” (RAGO, 1985, p. 61). Ainda contextualizando o pensamento científico brasileiro oitocentista, Lilia Schwarcz (1993, p. 30) esclarece que:

A “ciência” que chega ao país em finais do século [XIX] não é tanto uma ciência de tipo experimental, ou a sociologia de Durkheim ou de Weber. O que aqui se consome são modelos evolucionistas e social-darwinistas originalmente popularizados enquanto justificativas teóricas de práticas imperialistas de dominação (...) a ciência penetra primeiro como “moda” e só muito tempo depois como prática e produção.

A partir do momento que esta ciência foi consolidada, não somente os espaços estavam na linha de controle e normatização, mas também a população e todos os costumes considerados nocivos a sociedade, em uma busca desenfreada pela higienização do público ao privado, afetando identidades, culturas e individualidades.

2.2.1 Os espaços

Na segunda metade do século XIX, o mundo ocidental estava varrendo de suas estatísticas as doenças tropicais. Durante décadas, os estudos científicos estavam voltados para a extinção de doenças como a febre amarela, a malária e a cólera, enfermidades estas que matavam milhares de pessoas entre os continentes africano, asiático, americano e suas respectivas colônias. Dentro da teoria miasmática, que interpretava as emanações de ares pútridos como os causadores de doenças, promoveram-se medidas assertivas quanto a desodorização dos espaços públicos, principalmente no que se refere aos ambientes criadores de vetores. A partir do momento em que a teoria miasmática deu lugar a teoria microbiana, onde os vetores são os difusores do contágio, os cientistas iniciaram uma série de

investigações sobre as medidas preventivas e de combate, tanto por limpeza dos espaços como dos corpos, para a extinção destas enfermidades. O foco estava voltado para o germe, o micróbio e não mais nos ares pestíferos e pântanos cheios de decomposição. Assim, iniciam-se uma série de intervenções em bairros, em praças, em cortiços, em indústrias, reformulando espaços e arejamento, ampliando aberturas de avenidas, derrubando cortiços, que diminuiu drasticamente o número da morbidade e mortalidade por doenças tropicais, além de outras como a tuberculose, por exemplo (FOUCAULT, 1979; LIMA, 1995-1996).

Para acompanhar esta nova etapa científica e partilhando das mesmas teorias e metodologias práticas, o Brasil iniciou sua tentativa de inserção entre os países modernos. Neste sentido, a “inteligência biomédica” brasileira do fim do século XIX e início do século XX acompanhou e integrou as mudanças trazidas pela bacteriologia, pela revolução tecnológica, pelo darwinismo e pela parasitologia⁵² (SCHWEICKARDT, 2011, p. 86), pensamentos e ideias de civilização que adotaram dos europeus. Entretanto, as doenças tropicais e seus surtos epidêmicos eram sinônimo de atraso, já que a inteligência médica e científica se baseava na dominação do homem sobre a natureza, e quando a natureza fugia do controle e o povo tinha costumes “desmoralizantes” e de cunho “selvagem”, nocivos ao meio social, o país recebia estigma de atraso perante as autoridades sanitárias europeias.

Ainda em percurso dentro de algumas interpretações da época, um dos motivos do atraso brasileiro era justificado pela presença negra e indígena⁵³ e dos costumes que ambos os grupos tinham, principalmente os que relacionavam as condições de moradias e questões morais, como por exemplo, as práticas sexuais. Conforme Helder Lima (2006, p. 392), o Brasil do final do século XIX “vivia um momento de profundas transformações (...) e ruptura institucional (...), [em que] ora [estava] em ritmo de modernidade, ora como símbolo de

⁵² Segundo Francisco Salzano (1992, p. 32): “A antropologia física do passado foi muito influenciada pelo conceito de “tipo”. A partir de observações em uma população chegava-se a uma abstração, constituída pelo o que o pesquisador considerava como a melhor (ou ideal) representação da mesma. Tal conceito foi substituído pelo da avaliação estatística fornecida pela genética de populações, que leva em consideração a variabilidade intrapopulacional, a qual é, inclusive, uma das características marcantes de nossa espécie. O que foi mencionado (...) é verdadeiro não só para características físicas como também para traços do comportamento. Esses últimos, especialmente, são condicionados por uma interação complexa entre fatores biológicos e culturais, de difícil identificação”. Ver SALZANO, F. **O Velho e o Novo. Antropologia física e história indígena.** (In.:) CARNEIRO DA CUNHA, M. (Org.) História dos Índios no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras: Secretaria Municipal da Cultura, FAPESP, 1992, pp. 27-36.

⁵³ Segundo as teorias evolucionistas, “se imperava uma percepção fatalista quanto à integração dos negros, os indígenas provocavam opiniões variadas, (...) poder-se-ia então promover a instrução desses míseros filhos da floresta, azevando-os igualmente ao doce jugo do trabalho, tornando-os úteis a si e a seu paiz, seria ella o ensaio e logo a solução para a perfeita civilização” (SCHWARCZ, 1993, p. 111-112), sempre mostrando a condição do indígena como sujeito passivo, ingênuo e com inteligência atribuída a infância, ou sendo eles também vistos “como fósseis vivos que testemunhavam do passado das sociedades das sociedades ocidentais” (CARNEIRO DA CUNHA, 1992, p. 11).

atraso, falsamente atribuído, por alguns, à presença negra e indígena”⁵⁴. É importante salientar que estas atribuições sobre negros e indígenas como símbolo do atraso brasileiro na virada do século XIX para o século XX, transportou muitas das medidas intervencionistas sobre estes dois grupos, as quais eram desde exposição e humilhação dos comportamentos frente a construção higiênica da “nova ordem social”, os estudos de caso sobre enfermidades de cunho moral e maus casamentos (eugenia) que geravam a loucura e os vícios hereditários, a perseguição e desmoralização das escolhas individuais de crença e costumes e, finalmente, a inclusão destes dois grupos ao grande bloco da população que deveria ser “higienizada”: os pobres. “Era a população pobre e doente que, exposta como se fosse um grande laboratório humano, exemplificava teorias, demonstrava os desvios” (SCHWARCZ, 1993, p. 200). Neste bloco também se encontravam os moradores rurais, as prostitutas, as mães e donas de casa, os operários e os imigrantes⁵⁵, estipulando classificações entre grupos sociais e culturais, onde era comum naturalizar as diferenças, que

Significou, nesse momento, o estabelecimento de correlações rígidas entre características físicas e atributos morais. Em meio a esse projeto grandioso, que pretendia retirar a diversidade humana do reino incerto da cultura para localizá-la na moradia segura da ciência determinista do século XIX, pouco espaço sobrava para o arbítrio do indivíduo. Da biologia surgiam os grandes modelos e a partir das leis da natureza é que se classificavam as diversidades (Idem, p. 65).

Portanto, a fórmula da higienização e intervenção dos espaços e dos grupos já tinha sua conta fechada. Conforme Corbin (1987) e Rago (1985), a higienização buscou em seu primeiro momento a limpeza dos espaços para a remoção das doenças, e posteriormente, a limpeza dos corpos dos pobres, gerando estigmas e estereótipos a estes grupos vulneráveis, separando-os geograficamente dos bairros mais ricos (reformulações urbanas) e os culpando por suas próprias enfermidades (FOUCAULT, 1979). Assim, o trabalho dos sanitaristas se legitimava na medida que criavam a necessidade deste ao tratar

Todos os males causadores da degeneração dos pobres, segundo o discurso médico, deveriam ser sanados pela atuação imprescindível dos médicos, higienistas e sanitaristas, que se apresentavam desde meados do século XIX como as autoridades

⁵⁴ Helder Lameira de Lima (2006, p. 392) afirma que raros eram os cientistas, intelectuais e bacharéis em direito no Brasil do século XIX e princípios do XX, que tinham consciência do perigo representado pelo apoio às teorias racistas, das quais muitos eram fiéis e admiradores. Entre estes, o autor cita as obras de Sílvia Romero, Nina Rodrigues, Francisco Varnhagen, Euclides da Cunha e Oliveira Viana.

⁵⁵ Segundo Margareth Rago (1985, p. 17), as expectativas dos burgueses que se projetaram nos imigrantes europeus recém chegados eram constantemente frustradas, isto porque “ao entrarem no país, fazem explodir todas as projeções continuamente lançadas sobre seus ombros, procurando cada vez mais incisivamente afirmar sua própria identidade”.

responsáveis pela saúde e pela higiene da cidade, pelo crescimento da cidade, pelo crescimento econômico do país e pela formação de uma “raça de trabalhadores” saudáveis física e moralmente (...). O novo médico não deveria, assim, preocupar-se tão somente com a cura da doença individual, mas deveria realizar uma obra de caráter social, prevenindo o mal onde quer que ele se manifestasse (RAGO, 1985, p. 133).

Nas primeiras décadas do século XX, assim como estas teorias estavam em pleno uso, as iniciativas políticas e mais tarde as políticas públicas de saúde, começavam a dialogar sobre a presença de sanitaristas e médicos nas regiões mais remotas do Brasil⁵⁶. Nesta época, foram realizados diversos trabalhos científicos registrando o cotidiano dos trabalhadores e as doenças enfrentadas nas obras que ao mesmo tempo tentavam promover o desenvolvimento e acesso (integração) da Amazônia ao restante do país. Nestes registros, a realidade mais marcante foram os casos da malária na Estrada de Ferro Madeira-Mamóre (1907-1912), a qual ligava as cidades de Porto Velho a Guajará-Mirim, ambos os municípios do estado de Rondônia, as pesquisas dos médicos Alfredo da Matta, João Coelho de Miranda Leão e Wolferitan Thomas, que no ano de 1908, na cidade de Manaus, publicaram os dados sobre as doenças mais comuns enfrentadas na capital do Amazonas e em suas zonas periféricas (Itacoatiara, Barreirinha, Parintins, Maués), as quais eram a peste bubônica, a hanseníase, as doenças venéreas e o impaludismo (malária).

A partir “da década de 1920, as áreas rurais passavam a ser objeto de intervenção do poder público federal em todo o país, muito em função da mobilização de cientistas, médicos e intelectuais que denunciavam o abandono dos sertões” (SCHWEICKARDT, 2011, p. 230), e com isso iniciaram não somente os registros das moléstias mais comuns enfrentadas, como também pesquisavam sobre as condições de salubridade dos locais de moradia e trabalho, analisando os tipos de alimentos, água ingeridas, clima, comportamentos inadequados, formas de medicação, práticas de cura, além de tentar inserir pelo interiores amazônicos as prerrogativas das campanhas sanitárias e a importância da adesão aos tratamentos em rede de saúde oficial, isto é, negando as curas ou curadores tradicionais, como os postos de saúde e

⁵⁶ Entre a presença de cientistas e institutos estrangeiros na Amazônia estava “a escola inglesa [Liverpool School of Tropical Medicine] tendo o Estado do Pará servido de base para as pesquisas encetadas por Walter Myers e Herbert Durhan, que estiveram em Belém no início do século XX, pesquisando sobre a febre amarela. Outra expedição teria como destino o Estado do Amazonas, onde seria instalado um laboratório, na Cidade de Manaus”. Ver: MIRANDA, A; ABREU JR, J. **As expedições da Liverpool School of Tropical Medicine e a Amazônia Brasileira**. *Rev Pan-Amaz Saude* 2011; 2(2):11-18. Também estava presente a Fundação Rockefeller desde 1915, que era chefiada pelo bacteriologista William Henry Welch e, Wickliffe Rose, diretor da International Health Commission. O objetivo da fundação era o de coletar informações sobre condições de combate a doenças infecciosas como a malária, ancilostomíase e febre amarela. Ver artigo de FARIA, Lina Rodrigues de. **Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920)**. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 109-127, 1995.

hospitais que foram sendo construídos ao longo da primeira metade do século XX na Amazônia⁵⁷. Portanto, “não se trata de pensar no indivíduo, mas na “coletividade”, na nação enfraquecida e carente de intervenção” (SCHWARCZ, 1993, p. 200).

2.2.2 Os indivíduos e os costumes

Contra o conselho da vizinha,
do barbeiro, da comadre!

Margareth Rago. **Do cabaré ao lar.
A utopia da cidade disciplinar (1890-1930)**, 1985.

Até a metade do século XIX os médicos da corte já avaliavam os indígenas enfermos⁵⁸ como sendo culpados por suas próprias doenças. Estes médicos acreditavam que o fato destes além de andarem nus ao relento e friagem, tinham uma alimentação muito desequilibrada e “tinham uma vida de deboches”, que permitia qualquer tipo de vírus de doenças sexuais se disseminar. Segundo o médico J.-F.-X. Sigaud (1844, pp. 110-111), “a alimentação das populações indígenas deve ser considerada a principal causa das suas doenças, em razão não só da abundância, mas ainda da qualidade dos alimentos”. Outras doenças descritas por médicos do século XIX foram a bebedeira, a boubá (*Treponema*) e a insolação. Já aos escravos e negros libertos esta “ciência médica” também relacionava as inúmeras doenças características do comportamento destes naquela época, como os distúrbios epiléticos e a ausência de moralidade⁵⁹, assim como a afecção tetânica em recém nascidos (doença dos sete dias) isto é, o tétano neonatal, o idiotismo (acometimento das funções cognitivas), o suicídio,

⁵⁷ Sobre a formação qualificada dos médicos sanitaristas e sobre as formulações das reformas sanitárias no governo de Getúlio Vargas, ver a obra de FONSECA, C. M. O. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

⁵⁸ Para muitos viajantes e naturalistas, assim como os médicos e sanitaristas entre os séculos XIX e XX, “o mestiço, o tapuio ou o índio civilizado são vistos como seres depravados, indolentes, brutos”, em que desqualificando os grupos e culturas diferentes da europeia em uma visão de superioridade da cultura, estigmatizavam os outros povos. Ver COSTA, H. **Cultura, Trabalho e Luta Social na Amazônia. Discursos dos Viajantes – Século XIX**. Manaus: Editora Valer e Fapeam, 2013, p. 70.

⁵⁹ A ausência da moralidade era todo o tipo de comportamento em que envolvesse a promiscuidade sexual a libertinagem, o alcoolismo e a vagabundagem.

o excesso de libertinagem, o abuso da aguardente, a masturbação e o verme solitário, doenças estas que causavam convulsões e logo evoluíam para a epilepsia (Idem, p. 120).

Apesar das evoluções que a medicina teve entre o final do século XIX e princípios do século XX, esta “ciência” continuaria a carregar muitas destas ideias sobre a falta de moralidade como consequência de doenças, principalmente aos grupos vulneráveis, como são os casos dos negros, indígenas e aos pobres e “trabalhadores ignorantes”, os quais deveriam ser reeducados através das perspectivas médicas e sanitárias da época. Entretanto, cientes do confronto entre concepções científicas e populares sobre a origem de algumas doenças, era necessário que medidas mais populares fossem tomadas para o acolhimento das ideias sanitárias frente à população.

Para que o projeto de saneamento das cidades e áreas rurais tivesse êxito, era necessário que a sociedade aderisse as novas normas e adquirissem novos hábitos em relação ao espaço público e privado, que iam desde não cuspir nas ruas até como modificar a alimentação (PEIXOTO, 1932). Dentro desta esfera de “educação higiênica”, encontravam-se também as práticas populares de cura e curadores (benzedores, sangradores, mezinheiros, erveiros, parteiras, pajés, xamãs) que não deveriam mais ser recorridos, já que a modernidade e racionalidade das novas práticas médicas e sanitárias legitimadas no Brasil, condenavam estas escolhas por serem baseadas em charlatanismos e superstições. Deste modo, tanto o “Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural recorreu à educação higiênica como um instrumento complementar nas campanhas sanitárias” (SCHWEICKARDT, 2011, p. 248), onde

A propaganda também tinha o objetivo de familiarizar as pessoas com os mecanismos e o ciclo das doenças e ao mesmo tempo, com as técnicas de profilaxia. (...) a propaganda e a educação higiênica estavam inseridas no discurso mais amplo do movimento de saneamento, em cujos termos a educação higiênica era entendida como um dos caminhos para o “melhoramento da raça”, pois a condição de doente e atrasado era um condicionante histórico e social, mais do que biológico, que poderia ser superado pela educação (Idem).

Mantendo um controle mais rígido sobre a salubridade e acreditando que hábitos e costumes das populações poderiam desencadear processos de contágio e epidemias, médicos e autoridades políticas desempenhavam seus papéis não somente em atendimentos, mas também na elaboração de textos entre seus pares com estudos e conclusões sobre a salubridade no país. Assim, muitas teses e documentos como os Arquivos de Higiene e Panteões, eram periodicamente publicados no intuito de apresentar resultados destas

intervenções realizadas frente a congressos internacionais, nacionais e até mesmo veículos difusores de notícias à população como jornais e almanaques. Um dos exemplos aponta Lilia Schwarcz (1993, pp. 226-227):

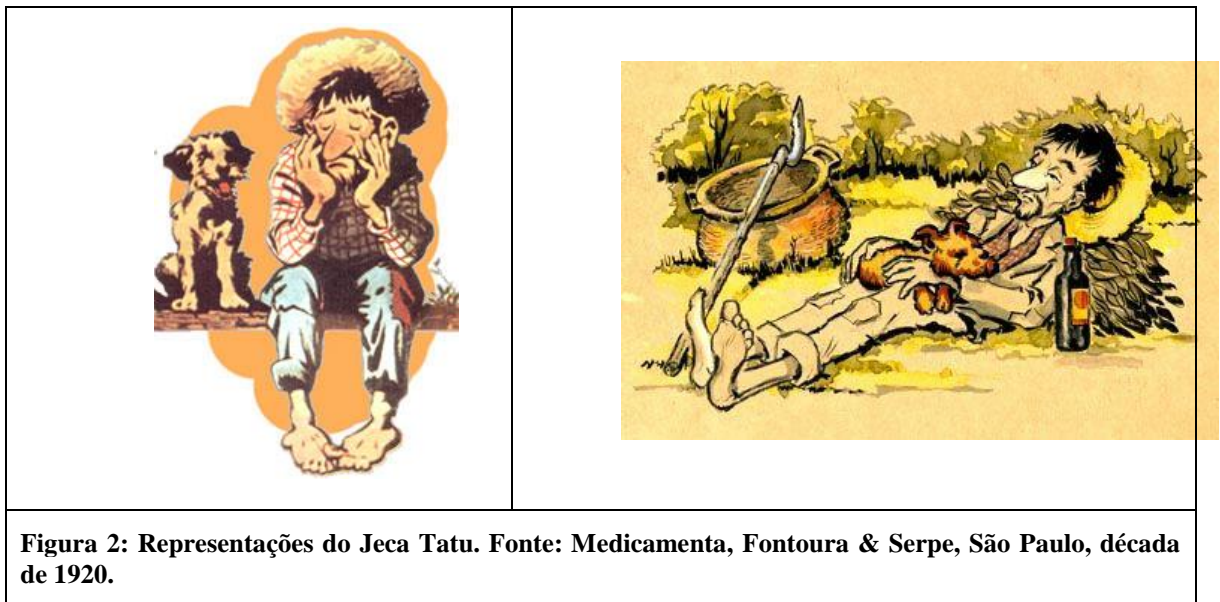
O *Brazil Medico* abre suas páginas, nas primeiras décadas do século, para a entrada maciça de artigos na área de higiene pública e saneamento. Os alvos são inúmeros: as igrejas, as escolas, os portos, os cemitérios, os locais públicos, as casas de moradia. Os hábitos deveriam ser moralizados, orientando-se costumes alimentares e higiênicos, controlando-se o desvio e evitando-se a “degeneração”. Condenam-se os casos de “perversão sexual”, assim como disciplinam-se as práticas sexuais. Com relação à prostituição, as medidas são reveladoras: “impossibilitados de extinguir o meretrício é necessário regulamental-o já que se abandona o doente⁶⁰.”

Dada a formação e capacitação dos médicos sanitaristas e um melhor aparelhamento do sistema de saúde (reformas institucionais na Saúde Pública)⁶¹ nas primeiras três décadas do século XX⁶², os médicos e especialistas em saúde deveriam ter maior contato com diversas populações pelos interiores além da disponibilidade para viajar constantemente e, serem submissos a um regime de tempo integral e dedicação exclusiva para conseguirem executar os serviços nos mais distantes pontos do país (FONSECA, 2007). Toda esta investida política referente a saúde pública no Brasil, além de fortalecer o elo entre a União e Estados, também auxiliava os médicos e agentes de saúde pública a elaborar quais eram as principais doenças que afetavam a vida dos habitantes da cidade, mas principalmente os habitantes e trabalhadores rurais, como por exemplo, a imensa campanha sobre a verminose e a associação da “preguiça” ao comportamento de muitos trabalhadores, dadas as debilidades ocasionadas por estes parasitas. Neste interim, buscavam medidas de profilaxia e de tratamento através campanhas que indicavam desde o uso de sapatos, à construção de banheiros e a medicação com vermífugos para a eliminação destes parasitas, como na propaganda a seguir:

⁶⁰ Dentro desta linha de pensamento, “assim como a masturbação, a prostituição é classificada pelo saber médico e criminológico como “vício”, fermento corrosivo lançado no grêmio social, que tende a alastrar-se e corromper todo o corpo social” (RAGO, 1985, p. 85).

⁶¹ O objetivo era o de fazer um projeto de construção e implementação de uma política nacional de saúde, que tivesse perspectivas de universalidade, inspirado nos modelos ingleses e estadunidense. Assim, o Poder Público estaria presente no interior do país. Consequentemente, fortalecia o elo entre a União e os Estados da Federação. Ver a obra de Cristina M. Oliveira Fonseca, op. cit., pp. 115-116.

⁶² Entre 1930 a 1945, ocorreram modificações dentro da administração pública que trabalhava com a solução da crise financeira e com a descentralização política dos órgãos responsáveis pelo Mesp (Ministério da Educação e Saúde Pública) pelas mãos de Francisco Campos e Belisário Penna. A partir do ano de 1932, com a gestão de Washington Pires, iniciou a reorganização e centralização na área da saúde. Entretanto, foi a partir de 1934 que ocorreram as reformas sanitárias, com a centralização política do ministério e com a criação de vários núcleos de saúde nos interiores, voltados a saúde da população rural, dentro da gestão de Gustavo Capanema. Idem, pp. 117-133.



Enfermidades como a malária, a febre amarela, a sífilis, a opilação, a tuberculose e as diarreias eram as mais comumente registradas por estes médicos. Em sua grande maioria, as doenças estavam associadas a carência dos sistemas de saúde, mas principalmente à pobreza e maus hábitos. Assim, não tardavam em examinar e receitar diferentes medicações. Nesta época, as autoridades sanitárias acreditavam que o Brasil era um grande hospital e que o povo deveria ser passivo e aceitar os cuidados médicos e, conseqüentemente, adotar novos hábitos e costumes pregados pelo Higienismo (EDLER, 2011). Logo, as intervenções foram desde a mudança na alimentação até a utilização de camas individuais para cada membro de uma família, por exemplo.

Dentro deste contexto, um dos melhores exemplos foi a crescente preocupação com os cuidados que envolviam a criação das crianças, que atingia não somente a criança, mas a família como um todo, já que a mortalidade infantil era altíssima. Conforme Margareth Rago (1985, 129), “a criança pobre, mal vestida, mal nutrida, sem resistências imunológicas orgânicas, vivendo agrupada com muitas pessoas em cubículos estreitos, sombrios, insalubres, estaria muito mais sujeita às enfermidades do que as mais favorecidas”. Somado a isso, conforme os especialistas em saúde na Amazônia daquela época, a questão alimentar e a desnutrição ou subnutrição, foram fatores que durante muito tempo estavam associados a uma má distribuição de cardápio e à falta do leite na infância (BATISTA, 2007). Até meados de 1960, a alimentação inadequada⁶³ era responsabilizada também as mulheres “que não

⁶³ No caso da subnutrição infantil, o pouco consumo de leite os estaria condenando a uma formação óssea fraca e ao não desenvolvimento de estatura suficientes. Foi ressaltado que o pouco leite também era “por que o gado é

aprenderam ou não progrediram na parte culinária, os cardápios ficaram restritos a uma pobreza muito grande, que levava a monotonia, talvez dentro de um círculo vicioso de que pouco é o material (...), [isto é], hortifrutigranjeiro” (BATISTA, 2007, p. 80). Este tipo de interpretação é descendente das expectativas criadas por projetos de educação higiênica onde estabelecia-se a imagem de mãe protetora e zeladora do lar, isto é, a saúde dos filhos e marido, em que,

É principalmente recorrendo ao problema do aleitamento materno natural e à condenação da amamentação mercenária que o poder médico formulará todo um discurso, a partir de meados do século XIX, de valorização do papel da mulher, representada pela figura da “guardiã do lar”. (...), procuravam demonstrar a “missão sagrada” atribuída à mulher e sua “vocação natural” de procriação. Através de argumentos os mais variados, mas especialmente de cunho moral, este discurso pretende fundar um novo modelo normativo de feminilidade e convencer a mulher de que deve corresponder a ele (RAGO, 1985, p. 75).

Além disso, a visão social da maternidade ideal estava sendo construída com ênfase no aleitamento materno e o quanto às deveriam adotar esta prática por ser saudável e não pensarem em suas vaidades, isto é, no corpo, e descartar a amamentação mercen ria para o bem do recém nascido e da própria mãe. A mortalidade infantil acabava por ser de responsabilidade das mulheres que ao serem “ignorantes e mães desinformadas” não sabiam cuidar de seus filhos, nem mesmo da higiene. Logo, “o problema da ignorância era identificado, neste registro, ao da miséria e, portanto, considerado como específico das camadas populares” (Idem, p. 127).

Com um contexto de falhas ou completa ignorância nos saberes higiênicos e nutritivos dos recém nascidos, o discurso médico ganhava campo para sua intervenção que saía do público direto ao privado, e não somente   moradia do pobre doente, mas também ganhavam o poder de intervir nos modos de comportamento e nas crenç s e práticas populares de cura no seio familiar, onde a figura feminina era a principal representante. Deste modo,

o discurso médico, partindo das classes dominantes, condenava autoritariamente quase todas as práticas populares de cuidados com a infância, transmitidas oralmente de geração a geração e que expressavam o saber aut nomo das mulheres: uso de remédios caseiros no tratamento de doenç s, utilização da chupeta, alimentação dos recém-nascidos com farinhas diversas em substituição ou em reforço ao leite, uso da

muito pouco, mal distribuído e destinado ao corte e leite industrializado inacessível por motivos econ micos” (BATISTA, 2007, p. 80). Assim, as crianç s passavam do aleitamento materno diretamente para uma dieta adulta, o que ocasionava diarreias e distúrbios nutritivos em crianç s a partir dos seis meses.

faixa, etc. O saber médico não admitia a existência de uma pluralidade de saberes sobre o corpo, procurando reinar soberana e exclusivamente. (RAGO, 1985, p. 127).

Assim, com grande poder de persuasão e perseguição as práticas populares de cura e aos curadores, o discurso médico atuava em parte pelas publicações (jornais, propagandas médicas e farmacêuticas em almanaques) onde desqualificavam os conhecimentos tradicionais em todas as localidades brasileiras, chegando até mesmo a denunciar ao poder público de segurança pessoas que consideravam charlatões. A busca era evidente para que houvesse a consolidação da confiabilidade da figura do médico e do sistema de saúde que estava em seu princípio. Para estes, trabalhar com a desqualificação da figura do curador e dos conhecimentos tradicionais sobre a cura era trazer às pessoas a culpa pelo emprego de medicações duvidosas e por vezes, até mesmo a morte de algum ente. Alegavam que a sociedade atingida pelas moléstias, ou seja, os pobres, principalmente as mães, deveriam parar com “o perigo do emprego das “panaceias”, como chá de laranja ou sabugueiro, a seleção dos jogos infantis, a higiene bucal” (Idem, p. 128), já que para os médicos estas práticas eram contra a medicina científica e considerava-as

Fundadas em superstições deploráveis e em credices arraigadas, como o uso de figas e amuletos, “o uso de colocar nas crianças bugigangas as mais esdrúxulas”, que eram “um traço do selvagem, uma demonstração de ignorância, própria dos espíritos poucos cultivados”, contra o hábito preconceituoso das mães que ingeriam vinho para se fortalecerem no período em que amamentavam, contra “o conselho da vizinha, do barbeiro, da comadre”, contra “o clássico xarope de chicória”, contra a resistência daquelas que se recusavam a vacinar seus filhos em tempo de epidemia da varíola (Idem).

Não somente condenavam o uso das medicações populares, mas também contribuíram para o esvaziamento simbólico nas artes de curar onde muitas medicações eram preparadas por curadores como os pajés e xamãs, situação esta que já vinha ocorrendo desde o contato com os missionários e cientistas que passavam pela Amazônia identificando plantas e receitas para registros botânicos e médicos, em uma apropriação do etnoconhecimento da região. Esse tipo de perseguição aos conhecimentos tradicionais e artes de curar ganharam maior impulso com a evolução tecnológica que a farmácia teve na metade do século XIX, onde pode-se extrair o princípio ativo de plantas medicinais e não mais relacioná-las as práticas místicas de cura, portanto, o etnoconhecimento foi sendo relegado a ilegalidade e margem da escrita científica, já que não se sustentava na ciência por ter fundamento supersticioso, como afirmava a medicina oficial. Neste sentido, foi possível perceber a entrada e consumo de muitas medicações que vinham com formulações de grandes indústrias farmacêuticas

estrangeiras, que tentavam tratar ou curar moléstias tropicais brasileiras com medicações compostas por princípios ativos da flora nativa amazônica⁶⁴, onde a intenção era de que:

Os elementos culturais tomados da medicina científica eram “integrados à cultura pré-existente”, (...) sendo esta integração, em primeiro lugar, função de sua “aptidão à descontextualização”, e fazendo-se através de interpretações e de reformulações que transformam seu sentido e função. Pode-se dizer que o processo de difusão efetuava-se então de maneira completa no sentido de que os receptores podiam assimilar, ou melhor, digerir o empréstimo, até esquecer sua origem estranha (BOLTANSKI, 1979 p.31).

Entretanto, a medicina sanitária não conseguiu impedir o consumo de diversos tipos de panaceias, as quais apontavam como perigosas a saúde e vida humanas. Também não conseguiu impedir que a população continuasse a recorrer aos práticos de cura populares, pois não compreendiam que não era somente a educação higiênica que transformaria os modos de comportamentos com a normatização de costumes e até mesmo de percepção frente as doenças, mas tratava-se do imenso abismo de comunicação entre o médico e paciente, das diferentes culturas e principalmente, da linguagem científica que não só não era compreendida como não representava a população, levando-os assim, a buscar a ajuda de pessoas próximas e de sua confiança (BOLTANSKI, 1979).

Atualmente, em muitos casos de enfermidades, assim como na interpretação de algumas autoridades médicas e de enfermagem, a maioria das vezes em que a população se encontra adoentada, é por motivos de descuido da alimentação, da higiene domiciliar e alimentar, da falta de proteção nas casas de mosquiteiros e, também, pelas muitas trocas de parceiros sexuais durante o ano, justificando, em alguns casos, que isso acontece dada a cultura imprudente da região⁶⁵. Deste modo, podemos perceber o quanto da influência dos discursos higienistas e morais ainda se mantem nestas interpretações, esfera em que foi construído este estereótipo do adoentado por corrupção de costumes e por escolhas terapêuticas equivocadas, fora do sistema médico ocidental e oficial.

⁶⁴ São plantas como a salsaparrilha (*Herreria* sp.), a quinina (*Chinchona* ssp) e a unha-de-gato (*Uncaria guianenses* Aubl.), por exemplo.

⁶⁵ Informações colhidas através de depoimentos para esta pesquisa na cidade de Oriximiná (PA) no ano de 2015.

2.3 A BOTICA VIAJANTE: MEDICAÇÕES POPULARES NOS INTERIORES DA AMAZÔNIA ENTRE OS SÉCULOS XIX E XX

No século XIX e princípios do século XX, a incidência de moléstias no Brasil era assustadora, tanto no que concernia as endemias como as epidemias que chegavam pelos portos. A falta de médicos para atender a maioria da população e as enfermidades que os assolavam faziam-nos buscar todos os tipos de recursos de cura, os quais poderiam ser tanto por atributos financeiros (o que se pudesse pagar), quanto por confiabilidade ou laços afetivos. Assim, neste contexto, os recursos de cura eram representados por medicamentos de uso popular, por escassos médicos e por curadores e suas diversas especificidades.

Baseados na teoria dos humores, as medicações em sua grande maioria eram se constituíam de limpadores do organismo, expurgando os excessos e o equilibrando, condição necessária a saúde. Entretanto, muitos destes preparados eram considerados verdadeiros “elixires da vida”, panaceias milagrosas, pois auxiliavam na cura de diversas doenças. Em cidades como Rio de Janeiro e São Paulo, o processo da “formulação de medicamentos, a venda e o consumo eram práticas correntes ligadas as boticas. Os boticários, por sua vez, desenvolviam as fórmulas prescritas pelos médicos” (BITENCOURT, 2011, p. 79). Assim, “na corte ou nas províncias pululavam os vendedores ambulantes de remédios secretos (...) [e] a população não associava competência terapêutica com os diplomas oficiais” (EDLER, 2006, p. 59) e em tempos de descontrole de doenças “as autoridades faziam vista grossa à multiplicidade de anúncios que ofereciam para os mais diversos males, remédios que prometiam curas imediatas” (Idem, p. 79). Já em cidades pequenas, interiores e sertões do Brasil, a venda e apresentação destes medicamentos eram realizadas por mascates, caixeiros viajantes e, no caso da região norte, pelos regatões⁶⁶, os quais

[Eram] canoas de regatão as que navegavam fora dos portos das cidades, vilas, freguesias e povoados da província, contendo secos e molhados, como verdadeiras lojas ou tabernas flutuantes, vendendo e comprando ou permutando gêneros e objetos de comércio pelos sítios, fazendas, fábricas, engenhos e feitorias (Treze de Maio, Belém, 4 de jan. 1851, p. 1 apud LOPES, 2002).

⁶⁶ “No período imperial, os portugueses dominaram este ofício, que também era exercido por espanhóis, bolivianos, peruanos, franceses, ingleses, além dos negros e mestiços das mais variadas matizes. A partir da República, destacaram-se entre os regatões os sírios, armênios, marroquinos e turcos”. Os regatões também faziam comércio entre os indígenas e quilombolas, os quais inseriam os objetos adquiridos em novos circuitos de trocas ou vendas para grupos vizinhos. Ver a obra de HENRIQUE, M. C.; MORAIS, L. T. **Estradas líquidas, comércio sólido: índios e regatões na Amazônia (século XIX)**. Rev. Hist. (São Paulo), n. 171, jul-dez, 2014, p. 58.

Não somente os regatões levavam medicações para os interiores da Amazônia, mas também os viajantes, naturalistas e embarcações, que muitas vezes tinham a presença de médicos ou enfermeiros. Nestas embarcações, dificilmente faltaria uma botica a bordo. Naquela época, até mesmo os relatórios dos municípios salientavam quais os medicamentos deveriam compor as boticas de bordo (LOUREIRO, 2007). A exemplo disso temos no ano de 1913, o médico Oswaldo Cruz que tratava seus os trabalhadores nas áreas do Rio Madeira com **Injeção de Emético** que servia para feridas e dores da leishmaniose (CRUZ, 1913). Houve a indicação dos clisteres, drásticos, cholagogos⁶⁷ médicos e injeções de morfina para as cólicas palustres que apresentavam os vômitos e constipação (CAMPOS, 1909, p. 39). As **Pílulas Assyris** e **Pílulas Ezanofeles**⁶⁸ que foram muito usadas por seringueiros e gentios no Rio Negro para tratar a malária (CRUZ, 1913, pp. 114-115), e as **Pílulas de Reuter**⁶⁹ que serviam para os desarranjos do fígado e dores de cabeça (Idem, p. 88). Entretanto, as narrativas afirmam que os medicamentos mais utilizados eram os vinhos tônicos e xaropes antifebris (por serem mais portáteis), tanto os fabricados por droguistas nacionais como os estrangeiros.

A malária por ser a doença crônica que mais afligia os interiores de seringais, tinha medicações sempre presentes para tratamentos de usos contínuos. O quinino (*Chinchona ssp.*) muitas vezes sofria adulterações “por parte dos proprietários dos seringais e pelos comerciantes (regatões) que percorriam os rios” (SCHWEICKARDT, 2011, p. 216), o que elevava o número de pessoas com tratamento ineficaz e como consequência, poderia até mesmo levar ao óbito. Outro exemplo das falhas e descrenças na quinina (*Chinchona ssp.*) se deram na própria formulação. Segundo Drigalski (1964, p. 181), as falhas eram na eficácia da medicação que tinha 60% de amido misturado na composição e que as cápsulas de gelatina dificilmente eram preenchidas totalmente. Já as pílulas duras eram expulsas do organismo sem terem sido digeridas, já que o gosto fazia com que a maioria dos enfermos as vomitassem. Também Gastão Cruls (1973, p. 23 e 51) nos traz que usavam-se a Metiloquinina e comprimidos de quinina para o tratamento da malária.

⁶⁷ Ou colagogos e colerético. Medicamento que estimula a expulsão da bílis retida na vesícula para o intestino, aumentando a função digestiva, sendo um exemplo deste tipo de medicação o extrato de boldo.

⁶⁸ Pílulas contra a malária preparadas pelo industrial Felix Bislere, de Milão (SCHWEICKARDT, 2011. P. 307). Anúncio de medicações e usos pela Pharmacia Tote – José Tote e Companhia. Labrea, 30 de outubro de 1907. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/Hotpage/HotpageBN.aspx?bib=214264&pagfis=112&url=http://memoria.bn.br/docreader#>. Acesso em 20 de maio de 2017.

⁶⁹ Ver anúncio da medicação em: <http://hemeroteca.ciasc.sc.gov.br/oestadopolis/1924/EST19243148.pdf>. Acesso em 20 de maio de 2017.

Uma das principais características da indústria farmacêutica no século XIX foi a extração dos princípios ativos das plantas medicinais em laboratório. “Fármacos puros como a morfina, cocaína, cafeína e mescalina foram isolados e começaram a ser produzidos por empresas alemãs, norte-americanas e suíças” (CARNEIRO, 2014, p. 17). Neste contexto, “a medicina tradicional e o uso de plantas se viram deslocados por um mercado florescente de pílulas e elixires industrializados (...) como as bebidas tônicas – folhas de coca (*Erythroxylum coca*) e noz de cola – drogas excitantes – ou os vinhos com cocaína” (Idem). Existiam os elementos que além do uso medicinal também tinham funções recreativas e até mesmo afrodisíacas, tais como o ópio (analgésico, tranquilizante, sonífero, controlador de tosse e disenteria) e o álcool destilado que teve seu uso como remédio até o século XVII, tornou-se a droga principal para uso recreativo no mundo⁷⁰. Outras mudanças na composição das medicações se deram no início do século XX, pois com

A aproximação entre a imunologia e a química das drogas sintéticas possibilitou a elaboração de medicamentos capazes de agir seletivamente contra microorganismos específicos, sem produzir grandes males aos organismos dos doentes. O primeiro e mais importante deles foi o 606, mais conhecido como Salvarsan, elaborado pelo químico alemão Paul Ehrlich (1854-1915). (...), em 1932 o Prontosil [pelo] alemão Gerard Domagkor, utilizado com sucesso contra a erisipela. Em pouco tempo, drogas à base de sulfas passaram a ser muito utilizadas no tratamento da pneumonia, da meningite e de infecções puerperais (EDLER, 2006, pp. 102-103).

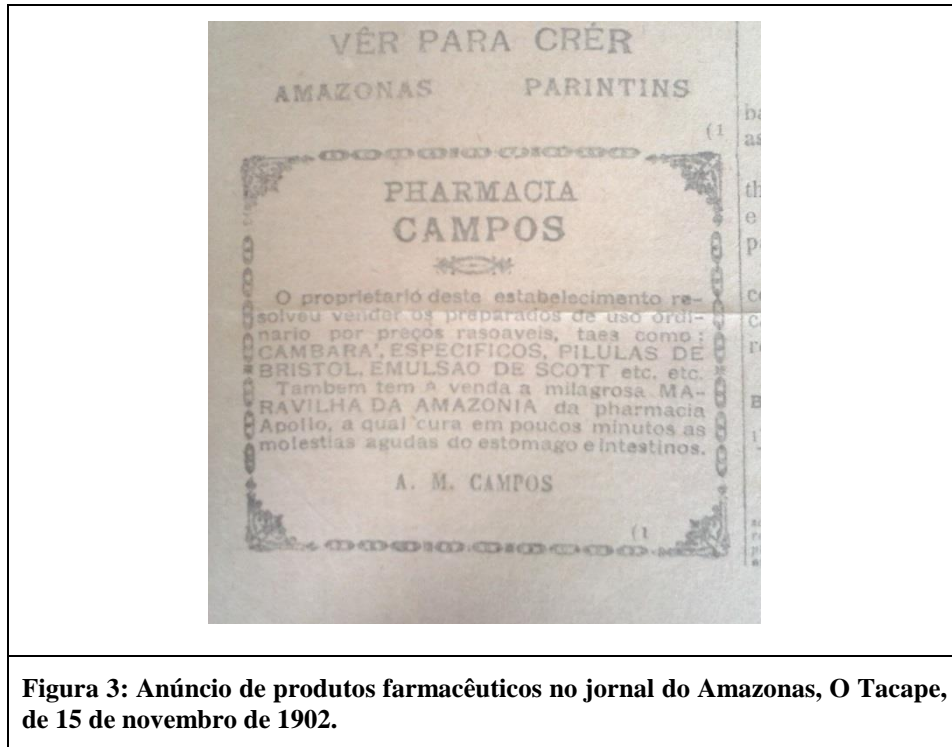
Ainda entre o final do século XIX e princípios do XX, os anúncios de medicamentos que mais tinham destaque eram os de efeitos purgativos, laxativos, peitorais e tônicos. Nesta época, os maiores fabricantes eram as indústrias farmacêuticas americanas Bristol, Sands e Lanman and Kemp. Outras empresas como a “Merck⁷¹ e Schering⁷², por exemplo, chegaram ao país em 1923, o laboratório Beecham em 1922, a Sidney Ross em 1920, a Rhodia em 1919; enquanto a Bayer já possuía representação desde 1896” (BUENO, 2008, p. 63). Tanto os anúncios como bem mesmo as medicações destas empresas tinham presença marcante entre comerciantes e farmácias. Os anúncios dos medicamentos mais prestigiados

⁷⁰ Ver artigo de CARNEIRO, H. **Sede que não sacia**. Dossiê Drogas. Revista de História da Medicina da Biblioteca Nacional. Ano 10, nº 110, nov. de 2014, pp. 17-20.

⁷¹ Empresa fundada no ano de 1668 na Alemanha. É a empresa farmacêutica mais antiga do mundo e tem filiais em mais de 60 países. Dados disponíveis em: <http://www.merck.com/about/home.html>. Acesso em 20 de maio de 2017.

⁷² Empresa alemã fundada por Ernst Christian Friedrich Schering no ano de 1851. No ano de 2006 a Schering uniu-se a Bayer, que no ano de 2010 deixou de usar a marca Schering. Dados disponíveis em: <http://www.corporativo.msdonline.com.br>. Acesso em 20 de maio de 2017.

internacionalmente eram feitos em jornais da época⁷³, como o Tacape, Litterario, Scientifico e Noticioso do Amazonas, nos Anuários municipais e almanaques.



Também eram anunciados o **Vinho João Vital** que era um “grande febrífogo, redução das inflamações do fígado e baço, desinfecção intestinal e contra febres fortes” (O Tacape, 15/06/1903), e as **Pílulas de Macella** de J. V. de Mattos, as quais “extinguem as febres, expurgam a bÍlis e tonificam o estomago, renasce o apetite e o doente convalesce francamente em poucos dias” (O Tacape, 19/04/1903). Cabe ressaltar que muitas moléstias consideradas gastrointestinais eram interpretadas, no caso de estrangeiros ou nascidos em outros estados, como uma forma do organismo se acostumar com novos temperos, alimentos e clima. Assim, muitos casos de febre tifoide eram tratados como “febre de aclimação”, onde os responsáveis pela transmissão eram o sol e o ar (DRIGALSKI, 1964, p. 46) e não a bactéria Salmonella

⁷³ Jornais como Amazonas (1880 a 1920), A Gazeta (1922), Comércio do Amazonas (1880 a 1912), Diário do Amazonas (1910 a 1912), Diário de Manaus (1890 a 1893), Correio do Pará (1927), O Amazônico (1929), Amazônia (1942), Pátria (1920) do Pará, Parintins (1907 a 1908), A Selva (1937 a 1938) e o Tacape (1902 a 1903) de Parintins, foram os maiores anunciantes de produtos nacionais e internacionais, além de fazer propagandas de laboratórios farmacêuticos prestigiados no norte do Brasil como o Amazonas e Baixo Amazonas, evidenciando as rotas comerciais nas cidades de Nhamundá e Parintins. Acervo pertencente ao Instituto Geográfico Histórico do Amazonas (IGHA), Manaus.

typhi, doença infectocontagiosa grave que causa aumento do volume do baço, falta de apetite, diarreias ou prisão de ventre, adquirida através da ingestão de água e alimentos contaminados.

As medicações que tratavam as dores do fígado e baço, muitas vezes tratavam também doenças gastrointestinais e desconfortos abdominais. Uma das formas terapêuticas utilizadas era a ingestão de **Águas do Gerez**, de fabricação portuguesa. Eram águas tônicas que aceleravam a nutrição além de aliviar as dores, como no anúncio abaixo.



Figura 4: Propaganda de Água do Gerez, para doenças do fígado, baço e estômago. Fonte: Almanach do Amazonas, 1908, p. 109.

As salsaparrilhas (*Herreria sp.*) e seus processos curativos agiam em uma diversidade de doenças e tiveram larga utilização no século XIX e princípios do XX. A grande procura por este tipo de medicamento era ocasionada, principalmente, pela busca da renovação do sangue, isto é, pela retirada das impurezas do sangue ou do sistema sanguíneo. “Escrófulas, reumatismos, erupções cutâneas, hemorróidas, brotoeja, inchações, dores nos ossos e nas juntas, úlceras, doenças venéreas, doenças de vida extravagante” (VELLOSO, 2007, p. 166). Segundo Verônica Velloso (idem, p. 165), o “consumo aumentava na entrada da primavera, vista como tempos de amores e moléstias”, ou seja, o tempo de sífilis (BITENCOURT, 2011, p. 112).

Através dos registros realizados pelos viajantes, trabalhadores e moradores da região amazônica, além das febres, as picadas de insetos são as que mais incomodam. Entre estes insetos, podemos citar alguns mais agressivos ao homem, como o pium⁷⁴, o tachi e a tocandira⁷⁵.

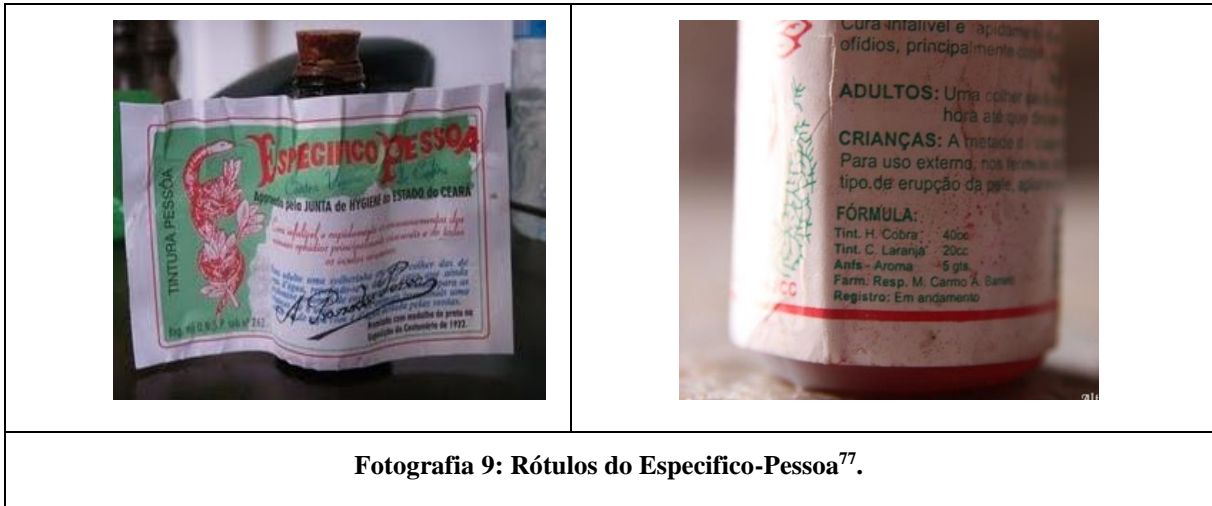
O pium, é um inseto voador da ordem dos *Simulídeos*. Podem transmitir dois tipos de filárias, a *Mansonella ozzardi* e a *Onchocerca volvulus*, sendo a primeira não causadora de patologias ao homem, e a segunda, a causadora da Oncocercose, ou seja, a cegueira dos rios (BATISTA, 2007, p. 93). O tachi e a tocandira (*Dinoponera grandis*)⁷⁶ são duas espécies de formigas. Ambas liberam veneno (a tocandira libera uma neurotoxina) que provoca uma dor violenta, com eritema e edema. O tachi vive em uma árvore leguminosa chamada tachi (*Tachigalia panicalata Aubl*). “Relatam os moradores (...), que essas formigas protegem os tachis, limpando a mata em torno da árvore e cortando os galhos que lhe fazem sombra” (CRUZ, 1910, p. 14).

Uma das experiências relatadas sobre a picada da tocandira foi dada por Gastão Cruls (1973, p. 30), em que o médico da expedição, havia tomado uma picada em uma das noites e “tão depressa ele foi mordido, em um dos dedos, sentiu logo dormência em todo o braço e, pouco depois, tinha gânglio axilar a reagir”. Conforme Cruls, o tratamento dado foi através de “uma dose do Específico Pessoa, panaceia de formula misteriosa, mas milagrosos efeitos, segundo reza a bula. É remédio contra a peçonha de múltipla bicharada, a começar pelos insetos e indo até as mais respeitáveis cobras” (Idem).

⁷⁴ É também conhecido como borrachudo e ataca em grande número. São muito pequenos e difíceis de se ver a olho nu. São notados logo após suas picadas, as quais coçam muito e, em alguns casos, causam edemas com febre local.

⁷⁵ As tocandiras, em sua maioria, fazem ninhos na subsuperfície de cipós e troncos velhos de árvores. Tanto o taxi quanto a tocandira, quando sentem a vibração/pancada em seu ninho, logo saem para defendê-los. Além disso, há relatos de que alguns grupos utilizam a tocandira como grampos ou pinças para fechar grandes cortes/ferimentos no homem, onde colocam a pinça da formiga próxima ao local ferido que precisa ser fechado, ela pica e logo sua cabeça é separada do restante do corpo

⁷⁶ Também chamada de tocandeira. Existem em torno de seis gêneros de tocandira. Ver: BATISTA, op. cit., p. 93.



Fotografia 9: Rótulos do Específico-Pessoa⁷⁷.

O composto Específico-Pessoa é uma tintura fitoterápica extraída de uma planta comumente chamada de “raiz de cobra”. Esta planta é comum nas regiões norte e nordeste do Brasil⁷⁸. Quando empregado logo em seguida a picada da serpente, a ação do composto diminui as neurotoxinas e a uma grande parcela de necrose, edema e hemorragias no local.

Também são muito comuns as picadas por abelhas, cabas ou marimbondos (Vespídios). Os relatos sobre os insetos foram inúmeros, assim como o do explorador Alexandre Rodrigues Ferreira em suas observações sobre a zoologia e botânica no norte do Brasil (2008, p. 98), destacando que “só quem por aqui viaja é que pode formar uma justa ideia das nuvens de insetos que toldam o céu. Não existem famílias mais odiosas aos viajantes do que a classe dos insetos, as das mutucas, marimbondos, cabas, as dos mosquitos, muriçocas, carapanãs, pium”.

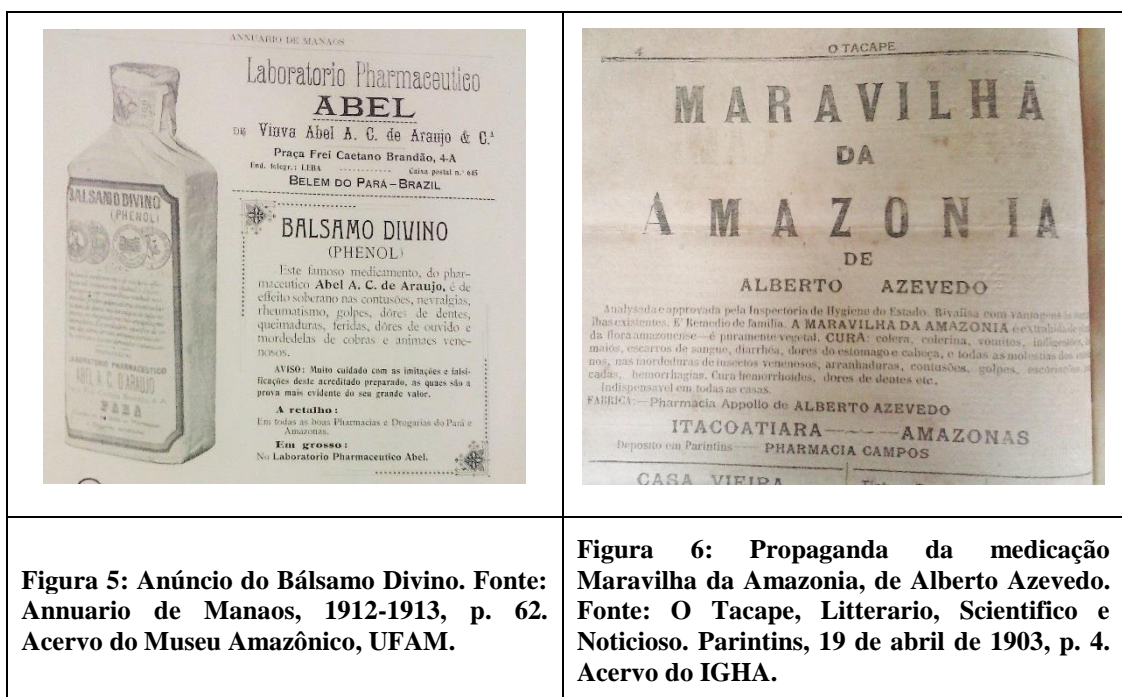
Os carrapatos (*Ixodídeos*) em época de seca, os micuins (*Trombidídeos*). Nas margens dos rios encontra-se o potó (*Paederus*), também conhecido como potó-pimenta, pimenta, papa-pimenta, burrico, trepa-moleque. Este “quando se põe em contato com partes descobertas do corpo humano, expele um líquido vesicante, provocando dor, prurido, eritema e flictenas que se ulceram facilmente” (BATISTA, op. cit., p. 94). Conforme Sigaud (1844, p. 296), para as picadas de insetos eram feitas “as fricções com suco de limão, álcali volátil e

⁷⁷ Idem.

⁷⁸ A pesquisa “Estudo do efeito do composto Específico-Pessoa em ratos”, coordenada pela professora doutora Carla Brugin Marek, do curso de Farmácia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), do campus de Cascavel e do Centro de Assistência em Toxicologia (Ceatox) no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (Huop), foi publicada na revista **African Journal of Pharmacy and Pharmacology**. Ver site: <http://cac-php.unioeste.br/cnu/node/2723>. Acesso em 23 de julho de 2015.

óleo de copaú são os meios mais eficazes para dissipar a irritação inflamatória e nervosa causada por estas picadas”.

Para muitas destas feridas e incômodos das coceiras, vários farmacêuticos desenvolviam fórmulas para rápido alívio, cicatrização e cura. No entanto, um vasto número destas fórmulas era considerado panaceias, pois tinham o propósito de curar muitas doenças completamente distintas e específicas entre si, além de torções, arranhões e picadas de insetos ou outros animais venenosos, como nos anúncios que seguem.



O **Bálamo Divino** era indicado para contusões, nevralgias, reumatismo, golpes, dores de dentes, queimaduras, feridas, dores de ouvido, mordedelas de cobras e animais venenosos⁷⁹. A medicação **Maravilha do Amazonas** era indicada para distúrbios gastrointestinais, problemas do sistema sanguíneo (hemorroidas), hemoptises, arranhões e contusões e picadas de insetos venenosos⁸⁰. Muitas destas medicações eram preparadas e vendidas como verdadeiros milagres a saúde humana, já que curavam uma infinidade de doenças infecto contagiosas, de sistema circulatório e até mesmo de problemas musculares e torções. Alguns foram apontados como legítimas panaceias por médicos da época, como foi o

⁷⁹ Anuario de Manaos, 1912-1913, p. 62. Acervo do Museu Amazônico, UFAM.

⁸⁰ O Tacape, Litterario, Cientifico e Noticioso. Parintins, 19 de abril de 1903, p. 4. Acervo do Instituto Geográfico Histórico do Amazonas (IGHA).

caso do Bálsamo Divino por Oswaldo Cruz que se referia ao produto como um perigo a saúde do enfermo, pois já constavam inúmeros casos de envenenamentos e intoxicações por este (CRUZ, 1910, p. 14).

Acidentes com animais peçonhentos e com transmissores da raiva são mencionados em relatórios sobre as condições de saúde do estado do Pará desde o século XIX. Em primeiro lugar de registros das notificações compulsórias, se encontra a dengue. Em segundo lugar, encontram-se os atendimentos antirrábicos⁸¹ e em terceiro, os acidentes por animais peçonhentos⁸². No Relatório da Província do Pára de 1863, apresentado para a Assembleia Legislativa pelo presidente da província, o Dr. Francisco Araújo Brusque, já ressaltava o número de 14 mortes por Hidrofobia, causadas “por mordidas de cães damnados” (BRUSQUE, 1863, p. 25).

Através dos depoimentos concedidos para esta pesquisa, foi possível fazer um levantamento das medicações usadas frequentemente entre a população no Baixo Amazonas, desde as medicações mais antigas até as atuais. Também foram indicadas as formas terapêuticas associadas com a medicina tradicional, se assim o tivesse.

O **Salompas** e a costura das rasgaduras de carne são utilizadas para as contraturas musculares. Em depoimento, a professora Eunice Pereira de Jesus e a professora Ormezinda Santos Souza⁸³, relataram que é muito comum o consertador costurar com uma linha virgem um paninho enquanto faz suas orações para costurar a rasgadura da carne da pessoa. Ao finalizar esta prática de cura, aplica-se no local o salompas.

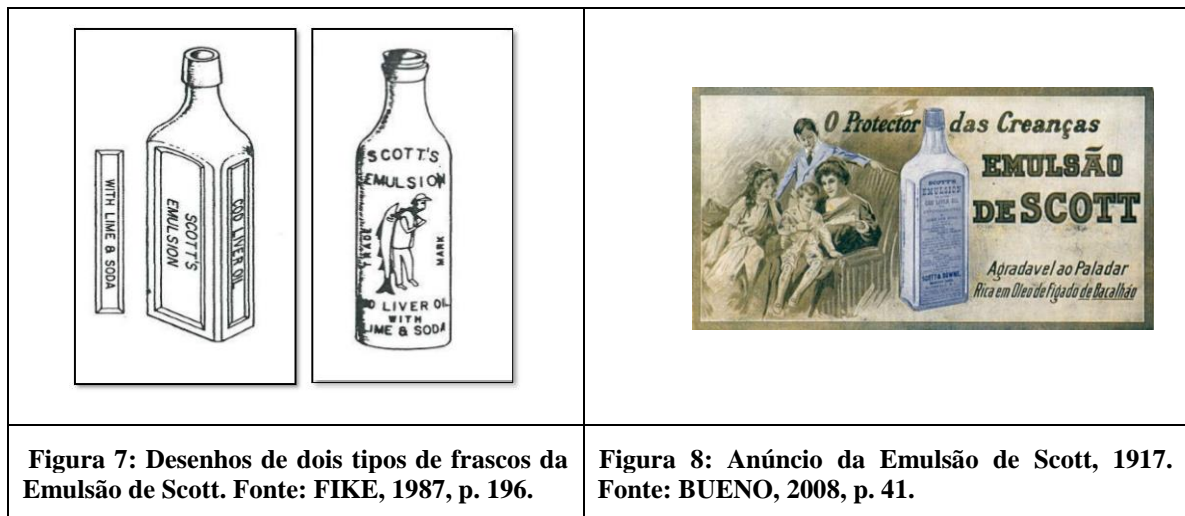
⁸¹ Com grande decréscimo foram registrados casos de Hidrofobia, ou seja, a raiva, desde o século XIX. Esta é uma doença infecciosa causada por um RNA vírus do gênero *Lyssavirus* da família *Rhabdoviridae*. É transmitida por mordida ou arranhões de animais infectados como cachorros, gatos e morcegos. Por ser extremamente grave, possui uma taxa de mortalidade de quase 100%, se não diagnosticada a tempo e também se o portador da mordida ou arranhão não aderir ao tratamento através das cinco vacinas que tem um ciclo de 28 dias. Entretanto, mesmo com buscando auxílio médico e utilizando as vacinas, ainda existe a possibilidade de óbito

⁸² Os acidentes ofídicos são muito comuns para esta região do país devida a grande diversidade de espécies venenosas e também a alto grau de exposição da população a estas serpentes. No Brasil existem 55 espécies de serpentes peçonhentas. O Norte do Brasil é a região que mais tem registros e notificações de acidentes ofídicos com letalidade, sendo o estado do Amazonas o que mais detém os casos. A maioria dos acidentes com serpentes venenosas causam necrose e tétano devido as neurotoxinas, quando não tratados imediatamente, podendo levar a deformações, amputações e até mesmo a morte. Para a região amazônica (Amazonas e Pará) são comuns espécies como a cobra cega (não venenosa) e cobras venenosas como a Jararaca-nariguda (*Bothrocophias hyopropa*), Jararaca-verde ou Papagaia (*Bothrops bilineatus*), Jararaca (*Bothrops brazili*), Jararaca (*Bothrops marajoensis*), Pico-de-jaca ou Surucucu (*Lachesis muta*), e diversas espécies Cobra-coral (*Leptomicrurus collaris*). WALDEZ & VOGT, 2011, p. 327.

⁸³ Depoimentos concedido em maio de 2015 na Secretaria Municipal de Educação de Oriximiná, Pará.

O **Arsênico**⁸⁴ e o **Quadrax** eram muito utilizados para cuidar das inflamações. No caso do arsênico, este era extremamente diluído na medicina homeopática e utilizado para distúrbios digestivos, intoxicação alimentar, insônia, alergias, ansiedade, TOC, depressão, entre outras. O quadrax é utilizado como anti-inflamatório e analgésico. Também como anti-inflamatório redutor das inflamações musculares a de articulações foi mencionado o uso do **Enxofre**, que também serve para cuidados estéticos e desinfetantes.

A **Emulsão de Scott** (associada com ovo de pata) é um complemento vitamínico rico em azeite do fígado de bacalhau, o qual é fonte natural de vitaminas A e D. Também contém cálcio e fósforo adicionados. Possui uma longa história, de mais de 100 anos e uma larga indicação para crianças e pessoas enfermas com necessidade de recomposição do organismo enfraquecido. O azeite de bacalhau era proveniente, quase sempre, da Noruega. Desde o século XVIII vinha sendo utilizado popularmente como digestivo e como estimulante de apetite, também para as enfermidades associadas à desnutrição e artrites.



Alfred Scott e Samuel Bowne no ano de 1871 estabeleceram seus negócios na cidade de New York. No ano de 1876, introduziram o produto “COD LIVER OIL”. O logo, um homem carregando um peixe foi criado em 1886. O primeiro embalado em vidro em 1890 com “WITH LIME & SODA”. A firma mudou-se para Bloonsfield, NJ, Ca em 1900 (FIKE, 1987, p. 196). Também como produtos deste gênero, existia o “SCOTT’S RED OIL LINIMENT PHIL.A”. Além destes, também foram relatados o uso do Específico 1 e 3, o

⁸⁴ O arsênio foi muito utilizado no tratamento contra a sífilis ainda no século XIX. Na atualidade, esta composição pode ser encontrada (doses extremamente baixas) para tratamentos contra a leucemia.

tártaro e a magnésia, sendo esta última indicada para as crianças que nasceram com “problema na moleira”.

As **Pílulas do Mato**⁸⁵ foi um medicamento criado no ano de 1846 pelo cirurgião Dr. Matos, de onde provém o nome deste medicamento. É uma associação das plantas cabacinha (e batata-de-purga e foi registrada no ano de 1888. Em 1908, o filho do Dr. Matos revestiu as pílulas com prata para evitar as falsificações, tendo registrado no Ministério da Saúde com o Nº 5. É considerada o primeiro medicamento fitoterápico do Brasil e servia como analgésico, anti-inflamatório, diurético e laxante.

O **Específico 33** da HUMPHREY’S MEDICINE CO, COR. WILLIAM & JOHN STS, NEW YORK⁸⁶; conhecido como “Glóbulos Compostos Homeopáticos de Dr. Humphrey Específico Nº 33 -, conforme a bula, é "indicado em estados espasmódicos e convulsivos" (CRAVALHO, 1998, p. 163). A indicação era para a epilepsia para adultos e crianças, sendo a dose do adulto uma inteira e da criança a metade, sempre à noite.



Fotografia 10: Vidro do medicamento Específico 33 do Dr. Humphrey's, do ano de 1930⁸⁷.

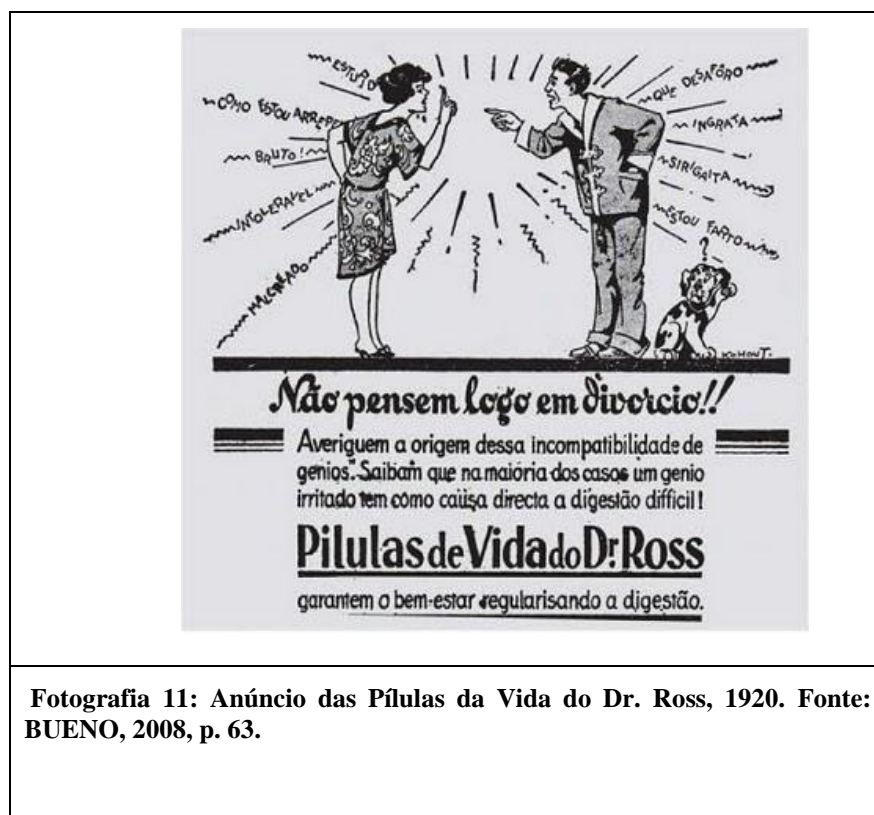
⁸⁵ Apesar das informações recolhidas por propagandas da época e relatos antigos (histórias de família), o site da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) não possui em seu cadastro este registro.

⁸⁶ Empresa fundada pelo médico homeopata Frederick K. Humphreys na cidade de Nova York no ano de 1853 com o nome Humphrey's Homeopathic Medicine Company. Em 1940 a companhia mudou o nome para Humphrey's Medicine Co. Fonte disponível em: <https://www.etsy.com/listing/288204323/humphreys-homeopathic-no-33-medicine-for>. Acesso em 20 de maio de 2017.

⁸⁷Fotografia extraída de site de vendas de produtos vintage. Idem.

Para a expulsão de lombrigas os moradores utilizavam os **Comprimido de Creolina**; que de uso veterinário na atualidade, era muito dissolvido em água para não ocorrer intoxicações e envenenamentos.

As **Pílulas Contra Estupor** é um fitoterápico muito difundido no interior, principalmente na região norte. São pequenas pílulas assimétricas pretas, que quando tomadas, ajudam a regular o intestino. Assim como as **Pílulas da Vida do Dr. Ross**, as Pílulas Contra Estupor têm função purgativa.



Fotografia 11: Anúncio das Pílulas da Vida do Dr. Ross, 1920. Fonte: BUENO, 2008, p. 63.

Na década de 1920, muitas propagandas de medicamentos traziam associadas as crises nos casamentos e as discussões conjugais. Usavam a ideia de melhorar a saúde de um dos cônjuges e assim, estabelecer o equilíbrio do casamento, já que o mal estar poderia estar prejudicando o dia a dia do casal (BUENO, 2008, p. 63).

Um novo grupo de medicações foi percebido ao verificar a composição destes medicamentos, os quais associam os usos das plantas medicinais amazônicas, através do conhecimento dos grupos tradicionais aliadas com a formulação de plantas cosmopolitas⁸⁸

⁸⁸ Plantas encontradas em diferentes continentes e/ou vários países, tendo sido introduzidas em novos locais através do homem. Ver GUIMARÃES, M. **Culturas da Saúde**. Revista de Pesquisa FAPESP n° 191, janeiro de 2012, pp. 86-89.

e/ou elementos químicos. Esses processos de fabricação, além de ter a industrialização em sua manufatura, evidenciam estes encontros entre concepções das artes de curar gerando um novo resultado, isto é, novas formulações.

Muito comum nas casas de comércio no Baixo Amazonas são os tratamentos para os sistemas reprodutores masculino e feminino. São vendidos em formato de pílula ou garrafada. Neste sentido, a **Saúde da Mulher e Vida do Útero**, tem indicação para as inflamações do útero, ovário, trompas, cistos, miomas, coceira vaginal, corrimento com odor, menstruação irregular, cólicas e preventivo de câncer. São compostas por uxi amarelo (*Endopleura uchi* (Huber) Cuatrec), unha de gato (*Uncaria guianensis*), barbatimão (*Stryphnodendron adstringens*), verônica (*Verônica pérsica*), ipê roxo, assacu, aroeira, jucá, flor da catingueira e sucuuba. Ambos têm as mesmas indicações e composição. A **Saúde do Homem e Saúde da Próstata**, que ajudam a prevenir o câncer e trata de inflamações e edemas⁸⁹ da próstata, sífilis, gonorreia, infecções das vias urinárias, esquentamento⁹⁰ e debilidade sexual. São compostas por aroeira, assacu, barbatimão (*Stryphnodendron adstringens* (Mart.) Cov.), cajui (*Anacardium sp.*), ipê roxo (*Tabebuia heptaphylla* Vell.), noni (*Morinda citrifolia* L.), sucuuba (*Himatanthus sp.*), uxi amarelo (*Endopleura uchi* (Huber) Cuatrec), unha de gato, chapéu de couro e quebra pedra. Ambos têm as mesmas indicações e composição.



Fotografia 12: Garrafadas para de homens e mulheres. Comércio por encomenda. Terra Santa – PA, junho de 2016. Fotografia da autora.

⁸⁹ Inchaço causado pela retenção de líquido nos tecidos.

⁹⁰ Nome popular dado a gonorreia ou blenorragia, causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae*. É uma doença sexualmente transmissível.

As medicações com a composição de plantas cosmopolitas, elementos químicos e plantas amazônicas são as indicadas para os reumatismos e doenças ósseas. Assim, a medicação **Soycare** é indicada para a osteoporose, raquitismo, osteomalácia, menopausa e osteoartrite. Sua composição é de gérmen de soja, cálcio e magnésio. Outra medicação com indicação parecida, isto é, para artrose, reumatismo, infecções, anti-inflamatório, amidalite, sinusite, artrite e renite, é o **Composto Anti-Reumático**. Tem em sua composição o chapéu de couro (*Echinodorus macrophyllus* (Kunth) Micheli), garra do diabo (*Harpagophytum procumbens*), salsaparrilha (*Herreria sp.*) e unha de gato (*Uncaria guianensis* Aubl).

A medicação **Açaí** é indicada como antioxidante e preventivo de coágulos no sangue, além de ajudar no relaxamento dos vasos sanguíneos. Também com ação antioxidante, anti-inflamatória, previne contra o câncer e reduz o colesterol, o caso da medicação **Castanha-do-Pará** em pó.

O **Gel Carneirinho** possui em sua composição a arnica (*Baccharis sp.*), a andiroba e a copaíba. Tanto a andiroba (*Carapa guianensis*) quanto a copaíba (*Copaifera langsdorffii*) tem efeito anti-inflamatório e é indicado para contraturas musculares, queimaduras, picadas de insetos, entre outros. Além deste, os óleos de copaíba (*Copaifera langsdorffii*), andiroba (*Carapa guianensis*) e cumaru (*Dipteryx odorata*) e as pílulas de copaíba, andiroba, copajú – (copaíba mais banha de sucurijú), são vendidos em comércios de produtos naturais e religiosos, em feiras e barracas nos portos das cidades. Todos estes são indicados para desinflamação e cicatrização, além de ajudar a diminuir cólicas e dores musculares.

Por fim, é possível perceber que as escolhas terapêuticas, sejam elas por medicações industrializadas (nacionais e estrangeiras) ou populares, além das mudanças em ambientes e comportamentos da população, foram intensamente influenciados pelos discursos médicos e higienistas da época. Neste sentido, além das práticas curativas e saberes populares serem perseguidos e desmoralizados, assim também foram os curadores e parte da população da periferia que não se “adequavam” as medidas profiláticas, estas quais, a cada descoberta científica no campo das endemias e epidemias, buscavam se adaptar aos modelos higiênicos importados de países europeus.

3. ENFERMIDADES AMAZÔNICAS: PERSPECTIVAS HISTÓRICAS E CULTURAIS

O Trombetas e seus afluentes gozam de muito má fama com relação ao seu impaludismo. São mesmo citadas, intimidando os visitantes, as célebres febres do “enrola” e do “encolhe”, em que os doentes, quando atacados pelo mal, tiritam sem descanso e jogam-se ao fundo das redes para não mais se levantarem.

Gastão Cruls – A Amazônia que eu vi: Óbidos-Tumucumaque.

A história das doenças nos possibilita uma infinidade de dados. Estes podem ser quantitativos e qualitativos, e vão para além de questões médicas ou de políticas públicas de saúde, somente. As doenças podem nos revelar concepções médicas, sociais e culturais de uma determinada época. Também neste contexto, os medos e os preconceitos, as tecnologias e todos os processos históricos as quais pertencem ou pertenceram, são evidenciados.

Quando os europeus fizeram seus primeiros contatos com os ameríndios, várias histórias e etnias acabariam por sofrer imensos impactos, tanto no que concernia a questão cultural, quanto no que concernia ao número populacional. Conforme os estudos de Dominique Buchillet (2011, p. 43), “estima-se que a América pré-colombiana tinha uma população de cerca de 100 milhões de habitantes (...), e que aproximadamente 54 milhões de índios teriam desaparecido como consequência da penetração e da expansão europeia no continente americano”. Neste sentido, Manuela Carneiro da Cunha (1992) nos evidencia que na América as doenças causaram um grande impacto na vida social e cultural dos povos originários, onde

Povo e povos indígenas desapareceram da face da terra, como consequência do que hoje se chama, num eufemismo envergonhado, “o encontro” de sociedades do Antigo e do Novo Mundo. Esse morticínio nunca antes visto foi fruto de um processo complexo cujos agentes foram homens e micro-organismos, mas cujos motores últimos poderiam ser reduzidos a dois: ganância e ambição, formas culturais da expansão do que se convencionou chamar o capitalismo mercantil. As epidemias são normalmente tidas como o principal agente da depopulação indígena. A barreira epidemiológica era, com efeito, favorável aos europeus, na América, e era-lhes desfavorável na África. Em suma, os micro-organismos não incidiram num vácuo social e político, e sim num mundo socialmente ordenado. Particularmente nefasta foi a política de concentração da população praticada por missionários e pelos órgãos oficiais, pois a alta densidade dos aldeamentos favoreceu as epidemias (CARNEIRO DA CUNHA, 1992, pp. 12-13).

As doenças também são atores sociais, isto é, podem ser estudadas não somente como fonte para a história da humanidade, mas ser o ator principal de sua própria história. Assim, estas podem nos indicar os momentos sociais, econômicos, políticos (de ações de políticas públicas e sanitárias) e culturais, isto é, até que ponto as doenças transformaram em ações/comportamentos do homem dentro da sociedade. Uma das formas que podemos avaliar são algumas modificações comportamentais em relação a concepção de transmissão de alguma moléstia.

3.1 ENDEMIAS BRASILEIRAS E AMAZÔNICAS

Ao iniciar a pesquisa sobre as epidemias e endemias que assolaram ou que ainda se fazem presentes no contexto amazônico, mais precisamente no Baixo Amazonas, percebemos números altíssimos de mortalidade e morbidade referentes as doenças como varíola, gripe (influenza), malária, sarampo, cólera morbus, febre amarela, sífilis e seus estágios, parasitoses, desnutrição infantil e, posteriormente, em doenças como o HIV (gestantes, recém-nascidos e população masculina jovem). Outras doenças que também foram comumente registradas eram as contusões, as nevralgias, o reumatismo, “golpes”, as dores de dente, as queimaduras, as feridas, as dores de ouvido e as mordedelas de cobras e animais venenosos (THIELEN, 1991).

Muitas moléstias foram vastamente estudadas (malária, febre amarela), outras, no entanto, ainda permanecem em zonas de negligência, como afirma a OMS (Organização Mundial da Saúde), quando se refere as Doenças Tropicais Negligenciadas.

Muitas destas doenças, que já foram amplamente prevalentes, desapareceram gradualmente e em extensas partes do mundo. Isto ocorreu, pois, à medida em que as sociedades se desenvolviam, as suas condições de higiene melhoraram (saneamento básico, principalmente). Entretanto, essas moléstias ainda prejudicam mais de um bilhão de pessoas. Este número, embora seja extremamente alto, permanece oculto da grande mídia, dos estudos científicos e das políticas públicas de saúde eficazes, já que estas doenças são em sua extensa maioria desenvolvidas e disseminadas em áreas rurais remotas ou em favelas urbanas, com

grandes dificuldades de acesso e por portadores afetados ou em risco que não possuem voz política e ativa na sociedade.

A região do Baixo Amazonas concentra uma infinidade de doenças endêmicas características da região, e outras doenças que também se encontram em todo o território nacional. Muitas destas moléstias tropicais endêmicas se adquiridas na região, terão melhor tratamento nesta mesma, pois o estudo, as pesquisas e os investimentos na Medicina Tropical e institutos ou hospitais, tem o tratamento específico para tais moléstias, como os casos para a malária e leishmaniose, por exemplo. Algumas destas doenças serão mais detalhadas no texto a seguir.

O controle de enfermidades infectocontagiosas tem sido bem rigoroso deste a segunda metade do século XX na cidade de Oriximiná. Através destes é possível ter um indício da realidade do passado neste município. Pode-se também, compreender os processos de tratamento e tecnologias implementados, assim como o número e idade dos infectados e a rota destas infecções.

Historicamente, as doenças respiratórias na região Norte do país tiveram casos e muitas notificações, no entanto, não superaram as marcas de estados pertencentes as regiões sudeste e sul, por exemplo, que alcançavam altos índices de morbidade e mortalidade, como elucida os registros do médico Hermenegildo Campos em Manaus, onde “em 1907 fizeram estas moléstias 130 obitos ou 84,8% do obituário; sempre inferior a porcentagem da Capital Federal, 110,1%, a de São Paulo, 151,8%, a de Curityba, 135%, a de Santos, 99,7%; e a de Paris, 155%” (CAMPOS, 1909, p. 50). Neste sentido, as doenças respiratórias eram registradas mais por contágios vindos de fora das cidades amazônicas e por pessoas em período de aclimação. Também foram registrados casos de pneumonias e broncopneumonias, principalmente em trabalhadores rurais, seringueiros e trabalhadores da estrada de Ferro Madeira-Mamoré (CAMPOS, 1909; CRUZ, 1910).

A *tuberculose* é uma doença infectocontagiosa e endêmica, provocada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. Ataca quase que prioritariamente os pulmões. No começo do século XX, o número de óbitos por tuberculose em cidades como Manaus, por exemplo, alarmava os médicos. Segundo o Dr. Hermenegildo Lopes Campos (1909, p. 46), a tuberculose, “esta moléstia que por ora ceifa três mil vidas em todo o mundo, parece aumentar em Manáos pela imigração. Eis o quadro da mortalidade nos sete últimos nos”:

Obituário	Anos						
	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907
Total	1309	1554	1776	2466	2239	1512	1538
Por tuberculose	44	62	70	97	121	102	113

Tabela 3: Número de óbitos por tuberculose em Manaus, 1901 a 1907. Fonte: CAMPOS, 1909, p. 46.

Na década seguinte, em mensagem do ano de 1920, Lauro Sodré alertava a importância de dar a atenção devida a tuberculose que estava aumentando na região, pois “a marcha progressiva da tuberculose, cujo obituário tem crescido de ano para ano” (SODRÉ, 1920, p. 105). Algumas medidas profiláticas eram discutidas entre os higienistas, porém, muitas vezes, não chegavam ao um acordo. Assim, este descreve que:

[O] problema sobre o qual não estão de acordo todos os higienistas é o da prophylaxia desta espécie nosologica, pois que repellem muitos o isolamento obrigatório dos doentes, admittindo que o que convem é collocar o organismo em condições de resistir à invasão do bacillo de Koch, procuram desenvolver já na creança essas condições de resistência com meios higienicos necessários, taes como colônias escolares, escolas ao ar livre, gymnastica respiratória, fiscalisação de mobiliário escolar, etc. factores que tornem o organismo apto a defender-se da possível infecção (Idem).

Três décadas mais tarde, a penicilina⁹¹ foi descoberta e começou a ser utilizada para o tratamento e cura da tuberculose. É fato que um organismo preparado fisicamente e bem nutrido, auxilia em melhores condições de recuperação desta doença.

Doenças adquiridas pelo contato ou ingestão de água insalubre foram muito registradas ao longo do século XIX e XX. Uma destas enfermidades, com alto grau de impacto populacional a epidemia de Cólera Morbus. Presente tanto no norte do Brasil (pelo Pará) trazida pelo navio Defensor do Porto – Portugal), como em várias capitais⁹², esta doença

⁹¹ O primeiro antibiótico descoberto foi a penicilina, em 1928, pelo bacteriologista inglês, Alexander Fleming. A sua descoberta ocorreu por acaso quando suas placas de estudo com a bactéria estafilococos foram acidentalmente contaminadas por um fungo do gênero *penicillium*. Fleming notou que ao redor destes fungos não existiam bactérias, o que o levou a descobrir a penicilina, uma substância bactericida produzida por estes seres.

⁹² Entrou no Brasil em 1855 (Pará) em seu 3º ciclo da pandemia. Apareceu em Porto Alegre (1855 e 1867), em São Paulo (1893), Rio de Janeiro (1895). No ciclo da 7ª pandemia (janeiro de 1991), vinda do Peru atingiu o Amazonas e São Luís do Maranhão. Em 1992 atingiu o Sertão da Paraíba, o Rio de Janeiro e Espírito Santo. Em 1993 atingiu os estados do nordeste, sudeste e sul (até o Paraná). Até o ano de 2005 ainda continuaram sendo notificados casos da doença (90% dos casos) no nordeste brasileiro. Ver dados referentes em: **CHOLERA**

pandêmica viajou pelo mundo dizimando populações. “Nenhuma barreira mais pode segurar o cólera de ser uma doença universal. Os anos de 1854 e 56 foram os que contabilizaram a maior mortalidade, na maioria dos países do Ocidente, em razão do mal colérico” (WITTER, 2007 p.38). Assim, podemos perceber que a cólera se espalhou rapidamente pelo Brasil, trazida pelas rotas comerciais, atracando nos portos brasileiros e adentrando o continente, resultando em um maior número de mortes (no Brasil até 1867, 200. 000 óbitos) somado as outras epidemias concomitantes.

No Baixo Amazonas, os registros mais comuns em relação a enfermidades dadas pelo contato ou ingestão da água insalubre são a leptospirose, as hepatites virais e a febre tifoide. O processo natural do rio Trombetas e suas cheias, onde suas águas invadem parte da cidade e vazantes, trazem alguns agravos a saúde da população local, como já era salientado em meados do século XIX pelo Dr. Francisco Araújo Brusque, em Relatório à Assembleia Legislativa do Pará (1863, p. 28) onde, “as águas trazidas muitas vezes de rios, reconhecidamente pestíferos, e de inumeros lagos infectos, fazem que a agua (...) se torne em certas épocas um agente deletério, e jamais possa ser considerada potável”.

Durante as cheias, além da grande quantidade de vetores da malária, febre amarela, dengue, leishmaniose, estarem em período eclosão dos ovos, outras espécies da fauna são também temidas, devido as doenças que estes podem transmitir.

A *leptospirose* é uma das doenças que mais acometem a população em épocas de cheias do rio. Como algumas ruas da cidade, prédios comerciais e moradias ficam alagadas por quase quatro meses por ano, os moradores constroem palafitas para poderem passar de um ponto ao outro, isto também vale para dentro das propriedades. Contudo, o contato com estas águas em diversos momentos é quase impossível, seja este dentro de casa ou nas ruas, estas águas, muitas vezes misturadas a esgotos despejados na beira do rio, retornam para dentro do perímetro urbano, e contaminadas por uma série de moléstias, pode levar a bactéria *Leptospira* via urina contaminada de ratos. Esta doença também pode ser transmitida por bovinos, suínos e cães, se estiverem adoentados. O contágio se dá pelo contato direto com a urina dos animais infectados ou pela exposição à água contaminada pela *Leptospira*, que penetra no organismo através das mucosas e da pele íntegra ou com pequenos ferimentos, e

MORBUS, a 1ª doença globalizada. Disponível em: www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_382679713.ppt. Acesso em 23 de junho de 2015. Ver também: BELTRÃO, J. F. **Cólera, o flagelo da Belém do Grão-Pará.** Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi; Universidade Federal do Pará, 2004. WITTER, N. A. **Males e Epidemias: Sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX).** Tese de Doutorado em História pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, 2007.

dissemina-se na corrente sanguínea. Entre os sintomas estão a febre alta que começa de repente, mal-estar, dor muscular (mialgias) especialmente na panturrilha, de cabeça e no tórax, olhos vermelhos (hiperemia conjuntival), tosse, cansaço, calafrios, náuseas, diarreia, desidratação, exantemas (manchas vermelhas no corpo), meningite⁹³.

Através destes dados podemos constatar que a leptospirose é uma doença de grandes centros urbanos e até mesmo de menores. A influência e locomoção que esta tem são as águas, sejam elas por cheias de rios ou por áreas alagadas ou de enchentes, que levam a *Leptospira* ao contato com o homem. Algumas medidas profiláticas podem ajudar a evitar esta doença, tais como: evitar de entrar em águas de enchentes, enxurradas ou de alagamentos, a limpeza desinfetante de ambientes que possam ser reservatórios desta doença e usar botas e luvas se estiver em contato com estes ambientes, pois mesmo a bactéria permanece ativa mesmo se não houver mais resíduo úmido no local.

Tanto as *hepatites virais*, aqui no caso a hepatite A⁹⁴, quanto a febre tifoide são doenças notificadas anualmente em Oriximiná. Os sintomas são a fadiga, náuseas e vômitos, dor abdominal próxima a área do fígado, perda de apetite, febre baixa, urina escura, dor muscular e icterícia (pele e olhos). Para ambos os casos, o consumo de água e alimentos contaminados podem transmiti-las. Em muitas residências a água consumida é de poço. Outras são de pequenos lagos que se acumulam próximos a residência e também, existe o consumo de água de igarapés⁹⁵. Os alimentos nem sempre conservados e preparados adequadamente, tornando-o um veículo direto de contaminação.

A *febre tifoide* é uma doença infectocontagiosa aguda transmitida pela bactéria *Salmonella* através de água ou alimentos contaminados. Também pode ser transmitida pela água através da urina de seres humanos que estejam com esta infecção. Os sintomas são febre prolongada, alterações intestinais como a constipação até a diarreia com sangue, cefaleia, falta de apetite, mal-estar, prostração (debilidade física), aumento do fígado e baço, distensão e

⁹³ Ver maiores informações em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/leptospirose>. Acesso em 31 de julho de 2015.

⁹⁴ A transmissão da Hepatite A ocorre via oro-fecal, por água e alimentos contaminados ou contato pessoal com pessoas infectadas. O vírus da hepatite A tem distribuição mundial e apresenta maior disseminação em áreas onde são precárias as condições sanitárias e de higiene da população. Nestas áreas, a hepatite A aparece como uma doença típica da infância. Com a melhoria das condições socioeconômicas, os adultos jovens constituem o grupo mais susceptível à infecção. Ver maiores informações em: <http://www.fiocruz.br/bibmang/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=98&sid=106>. Acesso em 31 de julho de 2015.

⁹⁵ Informações coletadas de depoimento concedido pela Enf^a. Carem Cecília Sousa Nascimento no dia 22 de maio de 2015 na Secretaria da Saúde – Divisão de Vigilância Epidemiológica, em Oriximiná.

dores abdominais, náuseas e vômitos. Em alguns casos, aparecem manchas rosadas no tórax e abdômen, conhecidas por roseola tífica.

Muitas doenças do sistema digestivo também geravam notificações e números de óbitos importantes. Assim foram os casos relatos do ano de 1907 em Manaus, por Campos (1909). Segundo este, ocorreram 226 óbitos na cidade e as admissões hospitalares por estas moléstias eram altas, pois “rara é a pessoa que não sofre do estomago: clima e extravagancia concorrem para o augmento do mal” (CAMPOS, 1909, p. 51). Entre as doenças, registravam as mais “frequentes as do fígado⁹⁶, visto estarmos em um clima *ardente e intolerável* (...), [e a] icterícia, incluída nas moléstias do aparelho digestivo” (Idem).

Algumas moléstias de pele também são registradas, principalmente as micoses e psoríases. “Das micoses superficiais, são conhecidas as tradicionais: panos (pitiríase), impigens (epidermofíceas), tíneas da pele e do couro cabeludo (dermatofitoses)” (BATISTA, 2007, p. 100), segundo as descrições de casos estudados e mais comuns encontrados na Amazônia. Algumas micoses aparecem em épocas de formação das praias, quando o rio está em vazante. Algumas são provocadas por irritações de esponjas de água doce que se concentram a beira do rio, tais como as esponjas cauxi (*Tubella reticulata*), “que desprendem espículas muito finas, causadoras de pruridos e irritações cutâneas e mucosas, inclusive na conjuntiva ocular” (BATISTA, 2007, p. 94).

A *Hanseníase*⁹⁷, também conhecida como “*Mal de Santo Antônio*”⁹⁸ e Lepra, é uma doença crônica, infectocontagiosa, cujo principal agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*. É transmitida por pessoas doentes que não estão em tratamento para pessoas sãs. Se não tratada, pode causar incapacidades físicas e deformações. No Brasil, segundo Cristina Gurgel (2010, p. 138), “as lesões cutâneas, apesar de citadas com relativa frequência, são de difícil diagnóstico, pois suas descrições pecam pela falta de pormenores – ao guardarem certa semelhança (...) com sífilis, pian, escorbuto, vitiligo, psoríase ou hanseníase”. Somado a isso, esta faz menção as crônicas e documentos do século XVII, onde “observa-se uma virtual falta de referências” (Idem). No Brasil colônia, a primeira área de isolamento para os doentes ficou conhecida como o Campo dos Lázarus, construída na Bahia em 1640.

⁹⁶ Foram as hepatites, cirroses, congestão hepática, abscesso do fígado. Ver: CAMPOS, op. cit., 1909, p. 51.

⁹⁷ “Acredita-se que a lepra teve sua natureza contagiosa revelada no ocidente desde 644 d.C., quando o rei lombardo Rotharis teria ordenado o isolamento de doentes e, conseqüentemente, fez surgir o primeiro leprosário”. Ver GURGEL, op. cit., p. 139.

⁹⁸ Ver GURGEL, op. cit., p. 51.

Séculos posteriores, na Amazônia brasileira, os casos de hanseníase começaram a chamar a atenção das autoridades sanitárias e médicas, principalmente no interior do Amazonas, nas décadas de maior migração para as áreas de seringais, nos períodos áureos da borracha, no século XIX, o que agravou o contágio. Em Belém, no Pará, no ano de 1815, a Santa Casa de Misericórdia fundou o Hospital de Lázarus do Tucunduba e que foi extinto no ano de 1938⁹⁹. Outro hospital para tratar e isolar os doentes foi o Lazarópolis do Prata, fundado em 1924 no estado do Pará. No estado do Amazonas foram fundados o Leprosário do Umirizal, em Manaus no começo do século XX, e foi extinto em 1930, e o Leprosário Paricatuba (Belisário Penna), fundado em 1924¹⁰⁰. Estes, são alguns exemplos das tentativas de controle e tratamento desta enfermidade no começo do século XX.

As *parasitoses intestinais*¹⁰¹ também são alvos de atenção à saúde básica na região amazônica, assim como foram durante muitas décadas, de atenção no interior e nos sertões do Brasil no começo do século XX.

No começo do século XX, com as pesquisas de médicos e sanitaristas focadas em regiões interioranas do Brasil, tanto na região amazônica, nas obras da Ferrovia Madeira-Mamoré, quanto em regiões rurais do sertão paulista, locais onde a população mais acometida era a de trabalhadores rurais, buscou-se uma melhoria nas condições de salubridade nos ambientes de moradia e trabalho destes, com o apoio de medidas profiláticas e propagandas sanitárias, as quais instruíam uma melhor higiene de alimentos e mãos e a utilização de calçados ou botas. “O combate à ancilostomíase foi uma das bandeiras do movimento pelo saneamento rural a partir da segunda metade da década de 1910” (KORNDÖRFER, 2013, p. 69).

Afrânio Peixoto (1917, p. 189) salientava que a ancilostomíase na Amazônia, principalmente na região do Madeira, tinha o “índice endêmico a 75% nos trabalhadores estrangeiros e a 90% nos nacionais”. Segundo este, o verme que mais causava essa doença era o *Necator americanus*, e depois vinha o *Ancilostoma duodenale*. Alguns autores como Djalma Batista (2007, p. 105) descreviam o comportamento do moradores e trabalhadores de

⁹⁹ Informações obtidas em: <http://arch.coc.fiocruz.br/index.php/uaakh>. Acesso em 03 de agosto de 2015.

¹⁰⁰ O prédio do Leprosário Belisário Penna foi erguido em 1898. Já havia sido uma hospedaria para imigrantes italianos, um Liceu de Artes e Ofícios para padres franceses, foi penitenciária e, posteriormente, o leprosário. Ver informações em: <http://www.portalamazonia.com.br/cultura/turismo/vila-de-paricatuba-marcas-do-passado-desenvolvem-turismo-local/>. Acesso em 03 de agosto de 2015. Ver também: CABRAL, Adriana Brito Barata. **De lazareto a leprosário: políticas de combate a lepra em Manaus (1921- 1942)**. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Amazonas, Instituto de Ciências Humanas e Letra, Programa de Pós-Graduação em História, 2010.

¹⁰¹ Vermínoses: tricocefalose, ascarirose, ancilostomose, enterobiose e estrogiloidose. Protozooses: amebíase, giardíase e balantidíase. Ver em: BATISTA, op. cit., 2007, p. 96.

áreas rurais, os quais parasitados pela ancilostomíase, como “preguiçosos”, de grande apatia e fadiga. Assim foram descritos e representados personagens como o Jeca Tatu, de Monteiro Lobato, o qual além de estar doente, era julgado como preguiçoso e sem expectativa, pobre que vivia em uma casinha de sapé no mato com sua esposa muito feia e seus vários filhinhos muito pálidos e tristes. Essa moléstia fazia com que “o trabalhador nacional representa[sse] entraves ao progresso e ao desenvolvimento econômico do país” (KORNDÖRFER, op. cit., p. 69), pois a força de trabalho era diminuída pelo organismo indisposto.

O maior problema da ancilostomíase na Amazônia é a associação desta com a malária. Neste sentido, o organismo que já se encontra fraco e debilitado se encontrará ainda mais anêmico (CRUZ, 1910, p. 28), pois a “malária e a ancilostomíase são grandemente depauperadoras do organismo humano, pela destruição dos glóbulos vermelhos a cada explosão de um acesso febril e pelas micro-hemorragias produzidas na parede intestinal pelo verme” (BATISTA, 2007, p. 96). Apesar deste quadro clínico, o médico Hermenegildo Campos (1909, p. 48), registrava que a “ancilostomíase não é moléstia frequente no obituário. [Em Manaus] em 1904 houve 11 obitos; 22 em 1905; 16 em 1906; 12 em 1907, total de 61” mortes pelo verme em quatro anos.

Algumas enfermidades ficaram conhecidas somente na Amazônia. Assim são os casos da *Mansonelose*, um tipo de filariose largamente difundida em populações rurais da Amazônia Ocidental (índios e caboclos). A *Blastomicose queloidiana*, conhecida como doença de Jorge Lobo, uma micose profunda. A rara *Pararama*, um tipo de anquilose falangeana instalada após contato acidental com larvas de mariposa (*Premolis semirufa*) em trabalhadores de seringais. A *Oncocercose*, que acometeu muitos indígenas, entre eles os Ianomamis. A *Síndrome Hemorrágica*, na década de 1970, na região de Altamira (PA), que acometia principalmente os colonos recém imigrados, os quais tinham seu número de plaquetas baixo e hemorragias surgiam nas gengivas, olhos e pele, e levar a morte os não tratados. A *Febre de Lábrea*, que acometia a população ribeirinha do Purus (AM), Juruá e Madeira (RO). Esta doença uma conjunção do vírus da hepatite D em portadores crônicos da hepatite B, e que matava em poucos dias (BATISTA, 2007).

Outras doenças mais características do estado do Amazonas foram o Beribéri¹⁰² e o Purupuru. O *Beribéri* já era descrito na capitania do Amazonas desde 1786. Segundo Campos (1909, p. 45), Alexandre Rodrigues Ferreira fez menção a esta doença dadas as formas

¹⁰² Ver mais dados e estatísticas LOUREIRO, Antônio José Souto. **História da Medicina e das Doenças no Amazonas (1775-1776)**. Manaus: Impresso nas Oficinas da Gráfica Lorena, 2004, p. 88.

terapêuticas a tratá-la. Contudo, não foi mais mencionada desde então em nenhum outro registro médico ou militar. No ano de 1872, a doença voltou a ser registrada devido a um óbito e passou a fazer parte dos registros desde então. O beribéri¹⁰³ também é registrado na Ásia e África, e se caracteriza por ser uma doença nutricional causada pela falta de vitamina B1 (tiamina), o que gera fraqueza muscular, problemas gastrointestinais, respiratórios e cardiovasculares. Existem dois tipos de beribéri, sendo o beribéri “*cardíaco*” ou “*molhado*”, o responsável por sintomas como taquipneia, taquicardia, apneia e pernas inchadas. O beribéri “*nervoso*” ou “*seco*” traz os sintomas de fraqueza muscular, perda de sensibilidade dos pés e das mãos, dor, dificuldade para falar, vômito, confusão mental, movimentos involuntários dos olhos e paralisia.

Djalma Batista (2007, p. 101) descreve a viagem do médico Oswaldo Cruz (1910) na região da obra Madeira-Mamoré, e que este assim relatava que a maior parte dos doentes por beribéri provinha das turmas que trabalhavam na mata, “atacando indistintamente todas as pessoas, desde o trabalhador que vive nas piores condições de higiene individual, até o pessoal constituído de médicos, engenheiros e empregados de escritório” (CRUZ, 1910, p. 40 *apud* BATISTA, 2007, p. 101). Ainda, segundo Oswaldo Cruz (1913, p. 136), “o beribéri em diversas regiões da Amazônia, [é] constituído pelas síndromes que lhe são peculiares e caracterizado pelos sinais clínicos habituais [porém], não é observado na frequência que lhe é atribuída”, gerando falhas na sistematização clínica da doença e relativizando e interpretando equivocadamente em diversas morbidades neste quadro clínico, confundindo-a com outras doenças.

O *Puru-puru*, também conhecida como *Pinta*, *Carate* e *Mal del Pinto*, é uma doença dermatológica que ficou muito conhecida pela região dos rios Purús e Jurúa. A obra de Guimarães & Rodrigues (1948, p. 137), faz menção a etimologia do nome, em que este “é uma corruptela de pirú-porú, que por sua vez se origina de pirera-poroc, que significa: “a pele se descama”. Nesse sentido, afirmam que “os índios Purú-purús, devem seu nome a dermatose muito difundida entre eles e cujo o nome se estendeu a várias outras tribus atingidas pela endemia” (Idem). Outra teoria que corrobora é a de que o nome da doença foi

¹⁰³ Também pode ser causada pelo consumo excessivo de álcool, pela baixa absorção de B1 pelo intestino, por diarreias e vômitos prolongados, e até mesmo algumas enzimas de peixes encontradas em rios podem dificultar a absorção desta vitamina.

adotado para designar em conjunto as tribos ameríndias que habitavam aquela região, como os Pammari, os Juberi, os Arúa, entre outros¹⁰⁴.

Sendo uma treponomose discrômica, “ataca certas camadas da população, especialmente os índios e caboclos” (BATISTA, 2007, p. 99). As lesões iniciais são “pápulo-eritêmato [erupção cutânea descamativa], localizadas de preferência nas partes descobertas do corpo” (Idem).

Algumas doenças, durante séculos apareceram registradas, fossem em relatórios dos governantes de província, quanto nos registros de crônicas de época, foram a *Bouba* ou *Pian*¹⁰⁵ e a *Varíola*. Ambas atingiam muito os grupos indígenas e os escravos, no Brasil colônia. Na década de 1950, “o combate à bouba, passara a ser questão central para a saúde pública, dada a possibilidade de erradicação da doença anunciada com entusiasmo diante de uma experiência bem-sucedida no Haiti” (MUNIZ, 2012, p. 198). Assim, no governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961), houve uma intensa campanha de erradicação de endemias rurais (treponomatoses) aliadas ao uso de penicilina para tratamento e cura destas doenças, e em meados dos anos de 1960, foi considerada erradicada.

A varíola sempre foi uma doença com um enorme número de infectados e mortalidade na região amazônica. No século XIX, esta também recebia destaque entre as moléstias que acometiam “em todo o ciclo da borracha, principalmente nos seringais e entre os retirantes (migrantes)” (LOUREIRO, 2004, p. 52). Após as intensivas e maciças campanhas de vacinação realizadas a partir de 1968, tanto nas cidades e capitais como no interior, a varíola foi erradicada do território brasileiro.

A *dengue* é uma doença viral e de fácil contágio. “Nos últimos 50 anos, a incidência aumentou 30 vezes, com ampliação da expansão geográfica para novos países e, na presente década, para pequenas cidades e áreas rurais”¹⁰⁶. Estima-se que 50 milhões de infecções ocorrem anualmente e que, aproximadamente 2,5 bilhões de pessoas são de pessoas que moram em países onde endêmica.

¹⁰⁴ Ver maiores informações em: GUIMARÃES, F. N.; RODRIGUES, B. A. **O Purú-purú da Amazônia (Pinta, Carate, Mal del Pinto)**. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, 46 (1), 1948, pp. 135-197. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/mioc/v46n1/tomo46\(f1\)_135-197.pdf](http://www.scielo.br/pdf/mioc/v46n1/tomo46(f1)_135-197.pdf). Acesso em 05 de agosto de 2015.

¹⁰⁵ Doença tropical infecciosa da pele pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum pertenue*. São pápulas agrupadas em formas de cachos. Pode atingir os ossos e cartilagens.

¹⁰⁶ Informações obtidas em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/dengue>. Acesso em: 03 de julho de 2015.

O seu vetor é o mosquito *Aedes aegypti*, o mesmo que transmite a febre amarela. Originário do Egito (África), este chegou na América no século XVI, no período das Grandes Navegações através de embarcações que traficavam negros. “Ele foi descrito cientificamente pela primeira vez em 1762, quando foi denominado *Culex aegypti*. O nome definitivo – *Aedes aegypti* – foi estabelecido em 1818, após a descrição do gênero *Aedes*”¹⁰⁷. Conforme dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), “a primeira epidemia de dengue no continente americano ocorreu no Peru, no início do século 19, com surtos no Caribe, Estados Unidos, Colômbia e Venezuela”¹⁰⁸. Em território brasileiro, os primeiros relatos da dengue datam do final do século XIX em Curitiba (PR) e no começo do século XX, em Niterói (RJ).

Devido ao alto número de pessoas infectadas pela febre amarela no começo do século XX no Brasil, em 1955 o *Aedes aegypti* foi erradicado devido as constantes e investidas medidas profiláticas e de controle. Neste sentido, havia sido erradicado o vetor da febre amarela, o mesmo da dengue. Porém, devido aos resultados favoráveis e ao relaxamento das medidas adotadas, ocorreu a reintrodução do mosquito no Brasil no final da década de 1960, sendo encontrado, atualmente, em todos os estados brasileiros.

3.2 LEISHMANIOSE OU A “DOENÇA DOS NARIZES



A leishmaniose¹⁰⁹, também conhecida como “ferida brava” é uma das moléstias tropicais endêmicas com maior número de notificações no estado do Pará. Segundo os estudos de epidemiologia e distribuição geográfica em ecossistemas, a origem da leishmaniose é andina. Além deste tipo de análise, os registros e representações desta doença comprovam sua antiguidade, onde a leishmaniose tegumentar americana (LTA) no continente americano está “comprovada menos em esqueletos do que em manifestações artísticas: antigas peças de cerâmica da era pré e pós-colombiana – os huacos peruanos – mostram pessoas com

¹⁰⁷Para maiores informações, acessar o site: <http://www.ioc.fiocruz.br/dengue/textos/longatraje.html>. Acesso em 03 de julho de 2015.

¹⁰⁸ Idem.

¹⁰⁹Outras denominações locais e regionais são, no Novo Mundo: botão da Bahia, espundia, feridas bravas, gallico, leshe, marranas, pias-bois, úlcera de Bauru, úlcera dos chicleros, uta, quepo etc. No Velho Mundo: botão de Aleppo, botão do Oriente, botão de Bagdá, botão de Biskra, botão de Deli, cancro do Saara, herpes do Nilo, úlcera de Sart, úlcera de Jeddah, e outros. Ver: ALTAMIRANO-ENCISO et al. **Sobre a origem e dispersão das leishmanioses cutânea e mucosa com base em fontes históricas pré e póscolombianas**. História, Ciências, Saúde Manguinhos, vol. 10(3): 853-82, set.-dez. 2003.

deformidades faciais que sugerem a existência da doença durante o Império Inca” (GURGEL, 2010, p. 51).

	
<p>Fotografia 13: Huaco mochica exibindo mutilação do nariz e lábio superior, lesões sugestivas de espundia. Fonte: ALTAMIRANO-ENCISO, 2003, p. 862.</p>	<p>Fotografia 14: Huacos do Peru e Equador exibindo lesões faciais (desabamento de nariz) por leishmaniose¹¹⁰.</p>

Somado as representações em cerâmicas (huacos), o primeiro relato publicado sobre a doença foi o de Pedro Pizarro (1515-1602), primo de Francisco Pizarro, em 1571, sobre suas observações durante campanhas militares entre 1531 a 1555. Nestas observações, Pedro Pizarro “batizou o mal como “doença dos narizes”, comparou a hanseníase, e constatou sua alta incidência na região oriental do atual Peru” (GURGEL, 2010, p. 51). Este relato foi um dos primeiros a identificar a doença da região, que outros exploradores também registraram no período colonial. Somente no final do século XIX ocorreu a descoberta dos agentes etiológicos das leishmanioses, “quando Cunningham (1885), na Índia, descreveu formas amastigotas em casos de calazar. Posteriormente, em 1898, o pesquisador russo Borovisky demonstrou ser um protozoário o agente etiológico do botão do oriente, sem lhe dar nome”¹¹¹.

Essa endemia é causada por diferentes espécies de protozoários (leishmanias) e apresenta-se por duas formas, a leishmaniose tegumentar (cutânea) e a leishmaniose visceral

¹¹⁰ Fonte: As Leishmanioses. Laboratório de Imunomodulação, Dep. de Protozoologia/IOC-FIOCRUZ, sem data. Disponível em: http://www.dbbm.fiocruz.br/tropical/leishman/leishext/html/hist_rico.htm. Acesso em 03 de agosto de 2015.

¹¹¹ Idem.

(Calazar). É transmitida por insetos da família Phlebotominae, o mosquito palha, também conhecido como birigui e tatuquira.

A *Leishmaniose Tegumentar* ou *Cutânea* pode danificar a pele e as mucosas, causando ulcerações além da destruição das cartilagens da face, ocorrendo muitas vezes, o desabamento nasal, consequência esta que gerou o nome “doença dos narizes” e a maior representação das lesões nas cerâmicas (huacos). Segundo os relatórios e registros de médicos, sanitaristas e autoridades da saúde pública, esta doença parece ter tido uma elevada importância no Brasil após o aumento dos infectados, a partir do período da dispersão dos nordestinos no período de exploração da borracha nos interiores da Amazônia (GURGEL, 2010, p. 51).

Esta doença provoca uma infecção sistêmica causada por um protozoário do gênero *Leishmania*, a *Leishmania chagasi*. No Brasil, o principal vetor é o *Lutzomyia longipalpis*, sendo o cão doméstico o reservatório mais importante e o homem, o hospedeiro final. Após a inoculação do protozoário os parasitas se disseminam das células de defesa do organismo e concentram-se no baço, fígado e medula óssea. Outras manifestações de comprometimento de todo o organismo se apresentam por febre, perda de peso e de apetite, crescimento do baço, fígado e gânglios linfáticos, anemia, modificação dos glóbulos brancos, plaquetas. As hemorragias e infecções bacterianas são comuns.

As crianças em idade de 0 a 4 anos são os mais suscetíveis a infecção, devido a imaturidade de seu sistema imunológico, além da desnutrição associada. O segundo grupo com maior incidência da doença são os jovens adultos do sexo masculino, isso se deve ao fator de risco em que se encontram, pela exposição ao ambiente silvestre na busca do trabalho e sustento da família, onde entram em contato com o vetor da leishmaniose. Conforme a incidência da doença, os meses que correspondem ao inverno no norte (maio, junho e julho), meses correspondente as chuvas, os quais aumentam o número de infectados devido à reprodução do vetor.

Como tratamento, segundo as orientações do Ministério da Saúde do Brasil, a droga inicial é o Antimonial pentavalente. Esse tratamento já é mencionado desde 1917, por Afrânio Peixoto em seu relatório “O Problema Sanitário do Amazonas”, em que este expõe que a leishmaniose respondia muito bem a esta droga. Se o caso for refratário, ou seja, de difícil controle, a Anfotericina B é indicada.

Entretanto, alguns grupos de moradores em áreas rurais ainda mantêm as formas de cura destas feridas pelo corpo. Conforme relato de Márcia M. Martins Campos Souza,

Diretora de Vigilância em Saúde de Oriximiná, as cinzas de carvão são friccionadas nestas chagas para o seu fechamento e cicatrização.

3.3 FEBRE AMARELA, MAL DE SIÃO OU FEBRE DAS ANTILHAS

A febre amarela¹¹² é uma doença infecciosa febril, aguda, de curta duração e de gravidade variável. O vírus é transmitido pela fêmea do mosquito da família *Aedes aegypti*, a qual se alimentou de sangue de pessoa infectada. Na maioria dos casos, ocorre de forma branda, e se for diagnosticada precocemente, pode evoluir para uma forma grave e levar à morte. O indivíduo que não está vacinado e adentra o habitat do vetor, seja por causas de desmatamentos, aberturas de estradas, construção de hidrelétricas, assentamentos, está exposto e conseqüentemente, mais vulnerável a adquirir esta doença. Os sintomas da forma mais grave são a febre alta, as dores musculares e de cabeça e prostração, que se iniciam após o período de incubação de três a seis dias. Após o enfermo começa a apresentar náuseas e vômitos, e algumas vezes, a diarreia. Além disso, podem apresentar icterícia, dor abdominal, e diminuição do volume urinário e podem iniciar hemorragias. Já em um período mais grave ocorrem alterações no ritmo respiratório, diminuição da frequência cardíaca e comprometimento neuronal (confusão mental, torpor e coma).

Durante muito tempo a origem do vírus da febre amarela foi causa de polêmicas e de discussões. Entretanto, pelas novas tecnologias e técnicas de biologia molecular, foi possível comprovar sua origem africana. Um dos primeiros registros que se tem notícia da febre amarela é datado do ano de 1492, na segunda expedição de Cristóvão Colombo. Em sua embarcação, com um número aproximado de 1500 homens, pouco tempo após deixarem a ilha Isabela (Haiti), “a tripulação adoeceu – todos se tornaram lívidos, da cor de açafreão, e sentiam extremo mal-estar, fraqueza e febre” (GURGEL, 2010, p. 160). Em consequência disso, decidiu voltar a Espanha, momento em que se presume que a Europa tenha entrado em contato com esta moléstia.

O primeiro relato de epidemia de uma doença semelhante à febre amarela é de um manuscrito de 1648 em Yucatan, no México. Na Europa, a febre amarela já havia se manifestado antes dos anos 1700, mas foi em 1730, na Península Ibérica, que se deu a

¹¹² Também é conhecida como Tifo Icteróide, Tifo Amarel, Mal de Sião, Vômito Negro e Febre das Antilhas.

primeira epidemia, causando a morte de 2.200 pessoas. Nos séculos XVIII e XIX os Estados Unidos foram acometidos repetidas vezes por epidemias devastadoras, para onde a doença era levada através de navios procedentes das Índias Ocidentais e do Caribe¹¹³.

No Brasil, em 1685, a febre amarela apareceu pela primeira vez em Pernambuco, onde permaneceu por 10 anos. “O nome e a procedência da embarcação responsável pela contaminação não ficaram esclarecidos. Uma versão conhecida atribui à *Oriflamme*, nau francesa proveniente da Ásia (costa do Sião), como a fonte do contágio” (GURGEL, 2010, p. 161) e denominação (“mal de Sião”) pelo qual ficou muito tempo conhecida. Entretanto, esta mesma nau só aportou na cidade cinco anos após a eclosão desta epidemia. A outra hipótese assinala que “a contaminação [veio com] uma embarcação vinda de São Tomé (África), com escala em São Domingos (Antilhas), onde a doença era muito frequente” (Idem). Os relatos sobre esta embarcação denunciavam que esta trazia barricadas de carnes apodrecidas, e que quando abertas, teriam disseminado o seu mal.

A cidade de Salvador também havia sido atingida e teve registradas 900 mortes em seis anos. Devido à realização de grandes campanhas de prevenção, foi possível o controle das epidemias, conseqüentemente, houve um período de silêncio epidemiológico por cerca de 150 anos no Brasil¹¹⁴, quando esta entra em cenário novamente, no século XIX.

No dia 24 de janeiro do ano de 1850, pelo porto de Belém chegava a barca dinamarquesa *Póllux*, vinda de Pernambuco. Nesta época, desconhecia-se no Pará a existência e notícias da febre amarela, que já estava assolando os estados de Pernambuco, Rio de Janeiro e Bahia. O comandante desta embarcação havia conseguido desviá-la da quarentena e das autoridades sanitárias, dada a sua omissão de fatos sobre o estado sanitário de Pernambuco, todos os tripulantes tiveram livre passagem pela cidade de Belém. Dois dias mais tarde (26/01/1850), outra embarcação atracava no porto de Belém, a charrua chamada “Pernambucana”, que vinha “com a missão do governo de Pernambuco de transportar madeira para a construção naval. No diário de bordo desta embarcação, nada constava de grave em relação ao estado de saúde dos tripulantes” (COSTA, 1973, p. 35), e por este motivo, também foi liberada pelas autoridades sanitárias do porto. Entretanto, uma embarcação precedente do Sul chegou a Belém. Esta trazia jornais de Pernambuco, os quais descreviam a epidemia de febre amarela no estado. Assim que as autoridades sanitárias e governantes foram informados,

¹¹³Histórico da Febre Amarela. Disponível em: Ministério da Saúde. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/febreamarela/historico.php>. Acesso em 22 de julho de 2015.

¹¹⁴ Idem.

a embarcações Póllux e Pernambucana foram obrigadas a sair da cidade em no máximo 24 horas. A embarcação Pernambucana seguiu para o Lazareto Tatuoca (em frente à ilha do Mosqueiro). Contudo, estas medidas não fizeram efeito e a doença já começava a deixar marcas pelos óbitos na cidade, sendo os dois primeiros, tripulantes da Póllux, que vieram a falecer no Hospital da Santa Casa de Misericórdia.

Nos meses subsequentes, o número de infectados e de óbitos começaram a aumentar significativamente. “O mal, não encontrando resistência, continuou a sua marcha progressiva, porém morosa, atingindo o interior. Em ordem cronológica, as cidades alcançadas pela epidemia foram Soure, Vigia, Cintra e São Caetano de Odivelas” (Idem, p. 36). As mortes por febre amarela nos meses de abril (269), maio (102) e junho (68) de 1850, ultrapassaram o número de registros de todas as outras moléstias que o estado do Pará sofria concomitantemente, como notamos na tabela a seguir:

MESES	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Maior	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Total
FALECIDOS	2	3	41	269	102	68	21	12	12	32	17	14	593

Tabela 4: Registro com o número de óbitos por febre amarela no Pará em 1850. Fonte: COSTA, 1973, p. 41.

Nos anos posteriores, houve um decréscimo considerável do número de óbitos. Os principais acometidos na chegada da doença no Pará eram a sociedade em geral, tanto os nascidos no estado quanto os estrangeiros. Era difícil precisar um grupo mais vulnerável. Mas após alguns anos, os registros revelavam que o grupo mais vulnerável era o de estrangeiros recém-chegados em terras nortistas, conforme o a Mensagem dirigida ao Congresso Legislativo do Pará pelo então governador do estado, Dr. João Antonio Luiz Coelho, no dia 7 de setembro de 1910:

Moléstia já tornada endêmica pela elevada porção de anos que constituem a sua existência entre nós, a partir da irrupção do primeiro caso importado, que se perde na longitude imemorial do tempo, a frequência e virulência com que se manifesta é um perigo constante aos não acclimatados e um phantasma que espavore de nossa terra os elementos estranhos imprescindíveis a obra evolutiva e harmônica da civilização paraense (COELHO, 1910, p. 76).

Apesar de haver um período de relativa diminuição do número de óbitos após 1850, a doença reapareceu em 1871, sendo a causadora de 154 falecimentos naquele ano, provavelmente por uma nova introdução da moléstia via portos e também pelo relaxamento das medidas de profilaxia implementadas das décadas anteriores. Deste modo, foi convocada uma comissão médica neste mesmo ano, a qual tinha por finalidade:

- 1º) Nomear uma comissão incumbida de prestar socorro aos vários distritos da cidade,
- 2º) Estabelecer enfermaria especial na Santa Casa de Misericórdia para abrigar os doentes sem recursos,
- 3º) Limpeza geral da cidade com remoção do lixo das ruas, praças, quintais e drenagens dos pântanos (COSTA, 1973, p. 45).

Mesmo após tomadas estas medidas, em 1883 ocorreram 124 óbitos e em 1887, mais 101. Existia uma grande dificuldade em concluir e até mesmo de desenvolver a campanha sanitária no estado e na cidade de Belém. Conforme a Inspetoria Sanitária, a dificuldade consistia nas “próprias condições topográficas da cidade e (...), [além disso], esta era cortada por igarapés que sofriam consequências do fluxo das marés, fazendo com que as áreas próximas das margens ficassem alagadas” (Idem, p. 87).

Dadas essas dificuldades, novos surtos foram notificados na década seguinte, levando a óbito 2.217 pessoas em apenas seis meses. A maioria dos acometidos foram os estrangeiros (Colônia estrangeira), totalizando 2.184 indivíduos, como podemos visualizar na seguinte tabela.

Anos	Nacionais	Estrangeiros	Total
1900	8	458	466
1901	1	130	131
1902	0	145	145
1903	0	130	130
1904	4	177	181
1905	4	179	183
1906	5	248	253
1907	4	189	193
1908	2	211	213

1909	4	165	169
1910			
1º Sem.	1	152	153
Total	33	2184	2217

Tabela 5: Óbitos por Febre Amarela no período de 1900-1910, Pará. Fonte: COSTA, 1973, p. 87.

As explicações para tamanha diferença no contágio vinham da predisposição do organismo do não aclimatado e de seus costumes, ou seja, de transgressões de regras de higiene e nutrição, onde devido ao calor, se expunham as correntes de ventos noturnas, locais arejados sem vestimenta adequada e ficavam emergidos em água durante muito tempo. A alimentação era diferenciada, pois acabavam por selecionar somente algumas especiarias e nutrientes próximos de seu habitual, que em consequência trazia a desnutrição ao corpo, abrindo espaço para desenvolver a doença, caso fossem infectados.

Em 1856, a Febre Amarela chegou no Amazonas, importada do Pará. Atacou 70% da população. “O primeiro caso teve lugar a 12 de fevereiro, em um índio menor, pertencente à tripulação do expresso militar S. Gabriel. Tanto desenvolveu-se que os atacados foram 850, sendo nesse tempo a população da capital – 1.300 pessoas” (CAMPOS, 1909, p. 39). Em julho daquele mesmo ano já haviam falecido 142 pessoas, sendo 129 nacionais (121 amazonenses) e 13 estrangeiros, tendo como 98 óbitos de homens e 48 de mulheres. Em cidades como Serpa faleceram 14 pessoas, em Silves faleceram 2, em Parintins faleceram 8.

A moléstia reapareceu no Amazonas em 1861, vitimando 89 pessoas no primeiro trimestre, e em 1871 “apareceram casos de thypho amarel¹¹⁵ em Parintins e em Serpa, propagados por um vapor americano, que tendo trazido a tripulação infeccionada, atracara n’aquelles logares; soffreram mais os portugueses n’elles residentes” (Idem, pp. 39-40).

¹¹⁵ Uma das denominações de Febre Amarela.

Obituário	Anos										Total
	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	
Total	1.790	1.749	2.515	1.309	1.554	1.776	2.446	2.239	1.512	1.538	18.448
Febre Amarela	22	32	142	15	2	85	50	150	115	171	784

Tabela 6: Números de óbitos por Febre Amarela no Amazonas (1898-1907). Fonte: CAMPOS, 1909, p. 40.

Após erradicar a Febre Amarela no Rio de Janeiro no ano de 1907, o médico Oswaldo Cruz foi nomeado para realizar a campanha de erradicação desta moléstia no Pará em 1910, desembarcando na cidade de Belém em 26 de junho de 1910. Nesta campanha, esta garantia que levaria em torno de um ano para erradicar a doença, sendo os seis primeiros meses de surtos e os próximos seis de casos esporádicos controláveis. Com suas viagens e incursões no interior do país e na Amazônia, este pode registrar e trabalhar com as novas medidas de profilaxia para o combate dos mosquitos transmissores da febre amarela e da malária, como nas regiões da construção da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, em Rondônia. Abaixo temos um dos cartazes referente a campanha de erradicação da febre amarela.

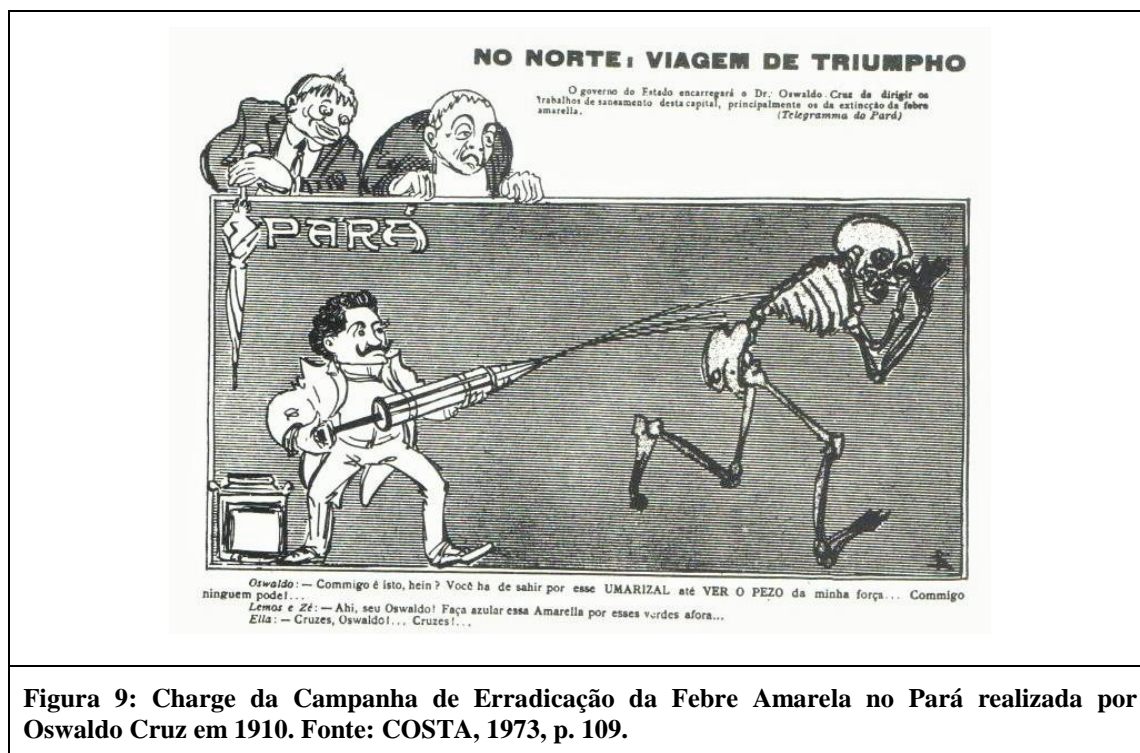


Figura 9: Charge da Campanha de Erradicação da Febre Amarela no Pará realizada por Oswaldo Cruz em 1910. Fonte: COSTA, 1973, p. 109.

A campanha e as medidas profiláticas novamente deram resultados positivos. A guerra foi feita contra os mosquitos e não mais contra os ares pestilentos. Buscava-se acabar com os lixos em terrenos e praças, dissecar pântanos, abrir e escoar esgotos e águas estagnadas, limpar calhas, destruir todo e qualquer foco do *Aedes aegypt* e seus criadouros.

3.4 MALÁRIA, SEZÕES OU IMPALUDISMO

A malária é uma das doenças tropicais que mais acomete a população e representa um grande problema de saúde pública no mundo, causando muitas mortes ainda nos dias atuais. Os lugares mais afligidos são as zonas tropicais e subtropicais de partes das Américas, da Ásia e da África. É considerada uma doença endêmica por suas características geográficas, ecológicas, biológicas e socioeconômicas, estas quais, facilitam a transmissão da doença. No Brasil, a cada ano são notificados 350 mil novos casos, sendo que 99,9% são da Bacia Amazônica.

A fêmea do mosquito *Anopheles*¹¹⁶ pode transmitir os protozoários do gênero *Plasmodium*, se estiver infectada. Estes são os causadores da malária, principalmente *P. vivax* e *P. falciparum*, transmitidos por mosquitos, os carapanãs. O fígado é o órgão mais afetado pela doença já que é o depósito destes microrganismos (HIDALGO & MING, 2003). Neste também ocorre a fase de maturação e reprodução destes mesmos. O maior número de óbitos é de responsabilidade do *P. vivax* e *P. falciparum*. A malária por *P. falciparum* pode causar aborto ou morte materna durante a gravidez (BUCHILLET, 2011). Os sintomas que acompanham a malária são as febres intermitentes ou brandas, icterícia, hemoglobinúria¹¹⁷, anemia e hepatoesplenomegalia¹¹⁸, além de calafrios, sudorese e cefaleia.

¹¹⁶ O principal vetor da malária no Brasil é o *Anopheles darlingi*.

¹¹⁷ É a presença da proteína de transporte de oxigênio hemoglobina na urina, em concentrações anormalmente altas. A hemoglobina é filtrada pelos rins que a liberam com uma coloração vermelha. A malária é uma das causas da hemoglobinúria. Segundo o Dr. Oswaldo Cruz, em relatório sobre os pacientes da enfermaria do hospital da Candelária de Porto Velho, em 1910, afirma que “todos os doentes atacados desta moléstia acabavam de sofrer ataques de mais ou menos grave de impaludismo”. Ver CRUZ, Dr. Oswaldo Gonçalves. **MADEIRA-MAMORÉ RAILWAY COMPANY. Considerações Geraes sobre as Condições Sanitarias do Rio Madeira.** Rio de Janeiro: 1910, p. 31. (In.:) CRUZ, O. G.; CHAGAS, C.; PEIXOTO, A. **Sobre o Saneamento da Amazônia.** Manaus: P. Daou S. A., 1972.

¹¹⁸ É o aumento do tamanho do fígado e do baço, provocado, geralmente, por uma grande atividade de defesa imunológica do organismo. Pode acontecer por infecção malárica, por toxoplasmose da mãe para o feto, e por doença como a galactosemia. O acometido pode sofrer taquicardia, bradicardia, asfixia, dor abdominal, azia, cianose, espasmos, palidez, sonolência, coma, amnésia anterógrada e retrógrada, incontinência urinária, fadiga, febre, cefaleia, icterícia, ascite (barriga d'água), convulsão febril, dor a palpação, entre outras.

A história da malária está “diretamente relacionada às alterações demográficas, ecológicas, socioeconômicas e culturais ocorridas na região” (ALBUQUERQUE & MUTIS, 1998, p. 21). Neste sentido, existe uma contínua reorganização de seu espaço geográfico, o que ocasiona “alterações no processo de reprodução da doença” (Idem). Essas alterações se devem as inúmeras migrações internas, as quais se relacionam à projetos agropecuários, a construção de rodovias e hidrelétricas, e às atividades de garimpo e mineração na região amazônica. Entretanto, existe um alto número de registros em áreas urbanas, com maior concentração nas periferias, próximas as águas paradas e com áreas de cobertura insuficiente dos Serviços de Saúde.

Na Amazônia brasileira, a malária tem como primeiras referências as memórias de Alexandre Rodrigues Ferreira, no século XVIII, em “Enfermidades Endêmicas da Capitania da Capitania do Mato Grosso” (1783-1792), em que descreve as febres intermitentes, “sezões” e maleitas. Já preconizava a “quina” (*Chinchona ssp*) como o melhor febrífugo.

Ainda se especula a presença da malária nas Américas. Duas hipóteses apontam grupos e momentos diferentes. A primeira, trabalha com a possibilidade de esta ter sido “trazida em migrações transoceânicas pré-históricas. Acredita-se que fosse causada originalmente pelo *Plasmodium vivax* ou *P. malariae*, determinantes respectivamente da febre terçã benigna e da febre quartã, ambas causadoras de um quadro clínico brando” (GURGEL, 2010, p. 60). A segunda hipótese ressalta que a febre terçã maligna é gerada pelo *Plasmodium falciparum*, o plasmodium responsável pelo maior número de mortes pela malária, o qual “teria sido trazido da África com o tráfico negreiro (...), [e que] encontrou na exuberância das florestas do Novo Mundo e na diversidade de insetos um ambiente propício para a disseminação e foi palco de diversas tragédias que afligiram a população colonial” (Idem).

O nome da doença originou-se do latim, em que *palus* significa pântano, por isso a designação de paludismo/impaludismo. Em registros médicos e relatórios sobre as condições de saúde dos municípios entre os séculos XIX e XX, a malária e seus desdobramentos também são conhecidos como febre palustre, impaludismo, caquexia palustre, acesso pernicioso, febre remitente biliosa, febre remitente, anemia palustre, bronco-paludismo, hepatite palustre, cólicas palustres, disenteria palustre, polinevrite palustre, tifo malária, linfatite perniciosa (CAMPOS, 1909, p. 36).

As febres intermitentes, ou seja, febres¹¹⁹ que intercalam com temperaturas normais de duas a três vezes ao dia, são muito características da doença. Em vários relatos, os enfermos queixavam-se de febres¹²⁰ e frio que vinham por horas e depois cessavam. Assim, foi o caso da Expedição Langsdorff¹²¹, em que o próprio cônsul da Rússia, o Barão Langsdorff teve a perda “da memória das cousas recentes e completo transtôrno de ideias, devido à violência das febres intermitentes. Essa perturbação, da qual nunca mais se restabeleceu, obrigou-nos a ir para o Pará e voltar para o Rio de Janeiro” (FLORENCE, 1825-1829, p. 189). Essa expedição tinha como trajeto “subir o Amazonas, o Rio Negro, o Branco, explorar Caracas e as Guianas e regressar ao Rio de Janeiro, atravessando as províncias orientais do Brasil” (Idem).

A malária, possivelmente, levou, porém pela morte, o fundador da cidade de Oriximiná. O Padre José Nicolino de Souza, que no ano de 1882, em sua terceira tentativa de encontrar os Pianocotós, atravessou os campos gerais e a densa floresta próxima a Tumucumaque, com 11 dias após o início da caminhada, vestígios deste grupo étnico foram encontrados. No 13º dia, o padre Nicolino sentiu-se mal e a viagem foi interrompida. Após cinco dias, “mais ou menos às 4 horas da tarde do dia 12 de outubro daquele ano de 1882, após muito padecimento com febre e tremores no corpo, o padre José Nicolino veio a falecer” (TAVARES, 2006, pp. 48-49).

¹¹⁹ As febres são conhecidas como Febre Terça Maligna (ciclo de 48 horas), causada pelo *P. falciparum* e pode levar à morte se não tratada imediatamente; Febre Terça Benigna (ciclo de 48 horas) causada pelo *P. vivax* que é menos fatal e Febre Quartã (ciclo de 72 horas) causada pelo *P. malarie* que é menos agressiva e é encontrado no mundo inteiro.

¹²⁰ “Os acessos, em regra geral, têm lugar na segunda metade do dia, entre o meio dia e à meia noite, manifestando-se as apyrexias na primeira metade. É muito frequente, durante o acesso, chegar a temperatura a 40° ou mesmo 40,8°, sem que por isso haja consequências fataes” (CAMPOS, 1909, p. 37).

¹²¹ A Expedição Langsdorff foi uma expedição russa organizada e chefiada pelo barão Georg Heinrich von Langsdorff (médico, botânico e zoólogo), que percorreu, entre os anos de 1824 a 1829, mais de dezesseis mil quilômetros pelo interior do Brasil fazendo registros dos aspectos mais variados de sua natureza e sociedade, constituindo um dos mais completos inventários do Brasil no século XIX. Esta expedição fazia parte do esforço do Governo do Czar Alexandre I para reavivar as relações comerciais entre o Brasil e a Rússia que haviam sido muito prejudicadas pelo embargo imposto por D. João VI. Visavam descobertas científicas, investigações geográficas, estatísticas e o estudo de produtos desconhecidos no comércio. Ver: FLORENCE, Hercules. **Viagem Fluvial do Tietê ao Amazonas, 1825-1829**. São Paulo: Edições Melhoramentos, pp. XII-XIII.

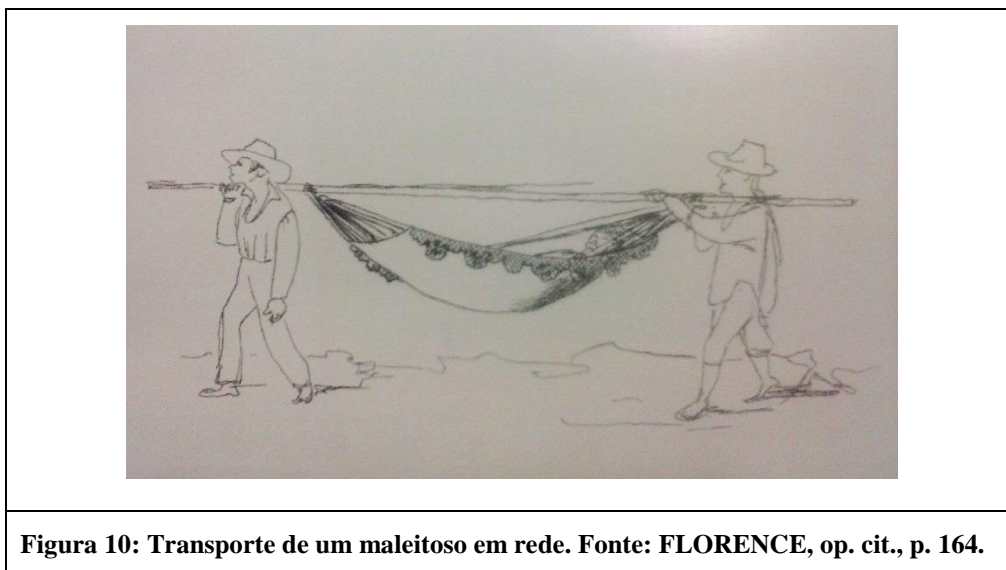


Figura 10: Transporte de um maleitoso em rede. Fonte: FLORENCE, op. cit., p. 164.

Outra expedição em que a malária marcou presença foi a do médico sanitarista Gastão Cruls, que em apenas um mês de viagem (15/10/1928), teve todos os seus tripulantes infectados com o impaludismo. Este afirma que: “todos os soldados estão com impaludismo (...). Daí mais uma vez, a prova de que não basta a profilaxia medicamentosa, a que eles são submetidos, mas a indispensável proteção pelo cortinado, de que muitos relaxam” (CRULS, 1973, p. 47). É importante frisar que essa expedição recebia muitos adoentados de regiões por onde passavam, e por inúmeras vezes Cruls acabava por medicá-los com os suprimentos de sua embarcação, registrando e alertando formas de medicações utilizadas na região para a malária, e algumas vezes, os excessos destas mesmas ao organismo, como os torpedos de quinino, por exemplo.

Outro pesquisador que também reforçou o perigo do envenenamento pelo excesso de quinina (*Chinchona ssp*) e associação de outras substâncias foi Oswaldo Cruz. Em seus relatórios sobre a malária na Madeira-Mamoré¹²², este analisa com cautela a quantidade de quinina para cada enfermo, pois, em casos onde os pacientes tomaram mais do que deveriam, estes foram encontrados perdidos (confusão mental) nas matas, surdos e cegos, efeitos colaterais que passaram dentro de alguns dias. Com associação de um purgativo antes da administração de quinina, os enfermos tinham acessos de loucura, que também cediam dentro

¹²² Registrado em carta de Oswaldo Cruz para Salles Guerra em 08 de agosto de 1910, o médico relatava que “além de tudo, era [a malária] extremamente resistente à quinina: aqui as doses terapêuticas estão ombreado com as doses tóxicas do medicamento” (THIELEN et. al., 1991, p. 115). Conforme os dados da empresa que realizava as obras da Madeira-Mamoré, no ano de 1910 foram importados 6.090 operários (o maior número em todos os anos de construção). Em 1911, foram importados 5.664 operários, dos quais 4.098 foram internados com malária no Hospital da Candelária em Porto Velho (Idem).

de alguns dias (CRUZ, 1910, pp. 36-37). Outros sintomas eram o zumbido nos ouvidos e sensação de cabeça pesada.

Apesar dos perigos dos excessos e das interações medicamentosas, alguns laboratórios e farmacêuticos ao longo do século XIX e XX, apostavam em seus preparados com quinina para o tratamento da malária e suas complicações, como na propaganda a seguir:

54 ANUARIO DE MANAOS

Grande Pharmacia e Drogeria
CENTRAL
Amador, Maia & Comp.

Deposito permanente de productos quimicos
e Especialidades pharmaceuticas

DEPOSITARIOS EXCLUSIVOS DOS PREPARADOS

AGRIONINA
Infallivel na cura da Tosse,
e Inflicto e a Asthma, em 24
horas.

GOTTAS PRECIOSAS
Vendaleno especifico para
a cura rapida das pertulacoes
abstratas.

ICTERICINA
Preparado eficaz na cura da
Ictericia preta e amarella.

HOMOFORTE
O mais poderoso especifico
contra o Rheumatismo, a dor
sciatica, mordeduras de cobras
e picadas de insectos veno-
sissimos.

CERATINA
De eficacia incontestavel na
cura de feridas e herpes.

VERMOL
Conhecido como salicivada
das cruezas. Fungivo e ver-
mitigo.

PORTO QUINA
E o melhor vinho para os
convalescentes e debilitados.

**XARÓPE CALMANTE
de ANGIO COMPOSTO**
Cura a Tosse das cruezas.

SEZONOL
Mata Febres e Sezões, e e o
melhor companheiro de quem
viaja no interior do Amazonas.

Preços sem competencia
Clareza em todas as transações

Rua Marechal Deodoro, 23
CAIXA POSTAL N.º 402
End. Teleg.: AMADOR

MANAOS

SEZONOL
Mata Febres e Sezões, e e o
melhor companheiro de quem
viaja no interior do Amazonas.

ICTERICINA
Preparado eficaz na cura da
Ictericia preta e amarella.

HOMOFORTE
O mais poderoso especifico
contra o rheumatismo, a dor
sciatica, mordeduras de cobras
e picadas de insectos veno-
sissimos.

PORTO QUINA
E o melhor vinho para os
convalescentes e debilitados.

Figura 11: Anúncio de medicações para icterícia, amarelão, malária, febres intermitentes (malária) e mordidas de animais peçonhentos. Fonte: Anuario de Manaos, 1913-1914, p. 54.

A medicina científica (baseada nas descobertas da Microbiologia) no final do século XIX e começo do XX, utilizava os conhecimentos adquiridos pela academia médica e sanitária, como suas fórmulas químicas como o cloridrato e sal de quinina, paludan e injeções de estricnina¹²³, e tentativas de profilaxia através do dessecamento de pântanos, uso de mosquiteiros e dedetização com *fly-tox*¹²⁴. Entretanto, foi com o conhecimento nativo e mata,

¹²³ O Paludan e as injeções de estricnina foram usadas no mateiro José Cândido da expedição de Gastão Cruls. Este estava sofrendo de uma forma grave de antiga infecção palustre. CRULS, op. cit., 1973, p. 33.

¹²⁴ Esse era um dos tipos de inseticidas utilizados para fazer a dedetização de ambientes comprovadamente maláricos, como as habitações interioranas próximas a locais de reprodução do vetor anófeles. Ver mais detalhes na obra de PINTO, Dr. Cesar. **Um ano de combate às doenças parasitárias que atacam os rodoviários da**

que esta mais trabalhou na luta contra o impaludismo, sendo o maior exemplo disso, a utilização da quinina (*Chinchona spp*) para cura de febres e malária.

Em relatos dos viajantes pela Amazônia e Baixo Amazonas, muitas foram as formas naturais de promover o tratamento e a cura desta moléstia pela medicina tradicional. Uma delas era a utilização do Guaraná “nas diarrhéias agudas ou chronicas, nas moléstias das vias urinarias (...), da raiz usam os índios em infusão como preservativo das febres intermitentes” (SOUZA, 1873, p. 245). O guaraná (*Paullinia cupana*) também era utilizado para a cólera, enxaquecas e até contra a tísica.

A grande maioria dos enfermos registrados no final do século XIX e século XX, são referentes a trabalhadores no interior das matas, como foi o caso dos seringueiros, dos trabalhadores em obras ferroviárias e na abertura de rodovias, e de coletores de castanha, como no caso do município de Oriximiná. A época em que mais ocorre a doença é o final do inverno, onde as águas dos rios começam a vaziar deixando pequenos lagos onde o vetor se reproduz.

No Amazonas do começo do século XX, os números de óbitos por malária eram muito altos, conforme elucidada a tabela a seguir:

	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	Total
Óbitos	1309	1554	1776	2466	2239	1512	1538	12394
Malária	614	777	776	914	535	411	332	4359

Tabela 7: Números de óbitos geral e por malária em Manaus entre os anos de 1901 a 1907. Fonte: LOUREIRO, 2004, p. 65.

No Baixo Amazonas no começo do século XX, mais especificamente em Oriximiná, o contágio por malária também era alto. Situações como a descrita por Gastão Cruls (1973) eram comuns, e assim:

Tanto o Dr. Gertum como o Major Polidoro estão desde ontem adoentados. O primeiro parece ter apenas um embaraço gástrico, mas o major, com reação febril, faz-no pensar no impaludismo. Talvez se tenha infectado quando fazia observações astronômicas em Oriximiná, onde não era nada bom o estado sanitário (CRULS, 1973, p. 20).

Como prevenção, a base do controle da doença provém da profilaxia indicada pela OMS, onde são intensamente investidas a precaução das picadas, como por exemplo, não andar meio as matas entre os horários 16h as 08h da manhã, usar roupas que cubram braços e pernas, usar repelente e reaplicar quando necessário, medida preventiva. Nas moradias, procurar afastar a localização destas de beiras de rios, fechar qualquer tipo de frestas, fechar a casa nos horários que as anofelinas saem, fazer dedetização quando necessário, e principalmente, utilizar mosquiteiros sobre camas e mosquiteiros de rede.

Por fim, entender o contexto histórico e social das enfermidades amazônicas é compreender que os processos políticos e culturais são diretamente afetados, tanto no que concerne às medidas de profilaxia e cuidados, quanto nas medidas que vão sendo inseridas nos comportamentos da população e suas possíveis adoções ou não. Além disso, nos auxilia a analisar partes da história das tecnologias e suas evoluções, bem como a própria escrita da história, onde se delineiam traços de subjetividade e lacunas historiográficas, tais como as culturas e conhecimentos populares.

4. SOBRE MEDICINA POPULAR, BENZEDURAS E ASSOPROS

Desde a Antiguidade o homem tem deixado registrado através da escrita e das narrativas, a sua interação com o mundo físico e sobrenatural. As explicações para doenças eram obtidas em sonhos, rituais e interpretações na natureza. O curandeiro, o xamã e o benzedor, eram os personagens mais recorridos, já que a eles se destinavam o dom da cura, dos sonhos, da manipulação das plantas medicinais, das palavras mágicas e do afastamento do mal. Milênios se passaram, histórias e culturas se encontraram, a medicina e a farmácia evoluíram e ganharam campo na influência sobre as interpretações das enfermidades, entretanto, o etnoconhecimento e as artes de curar permanecem arraigadas entre as culturas e comunidades tradicionais em diversas regiões no mundo. Todavia,

Desde os primórdios da humanidade constroem-se sistemas de idéias que possam dar explicação sobre tudo que diz respeito à vida, o que se vê, o que se ouve, o que se sente e teme, o que se padece de corpo e alma, e também sobre o que diz respeito à morte e pós-morte. Certamente, foi dos conflitos íntimos dos seres humanos que a magia surgiu, como um instrumento para se buscar as respostas para toda sorte de indagações e, assim, configurarem-se no imaginário, os mitos, os ritos e as entidades divinizadas habitando um universo sacralizado, responsável por tudo (ARRUDA CAMARGO, 2006, p. 395).

Em tempos de Colônia no Brasil e ainda nos oitocentos, diversas foram as práticas sobre o corpo na busca pela cura. O conhecimento popular, os medicamentos e os curandeiros, foram os artifícios mais recorridos naquela época. Vivendo em uma mesmo espaço geográfico e cultural, indígenas, escravos e colonizadores acabavam por compartilhar seus conhecimentos sobre as ervas medicinais e suas manipulações, e também, sobre o conhecimento das doenças que enfrentavam. Com a influência dos colonos portugueses¹²⁵ na medicina popular brasileira, os quais agregaram aos “conhecimentos sobre o uso de plantas medicinais que se somaram àqueles passados pelos padres jesuítas que, desde sua chegada, mantinham em suas boticas, as plantas vindas do Reino, para a manipulação de remédios” (ARRUDA CAMARGO, 1998, p. 27), pois eram “conhecedores de suas virtudes, além de

¹²⁵ Segundo ARRUDA CAMARGO, 2000, p. 179: “Prevalecia na Península Ibérica a medicina de Galeno e Avicena. Porém, os estudos de anatomia eram rudimentares, visto que muçulmanos, católicos e judeus não dessecavam cadáveres e sim, animais. Daí a permanência até hoje na medicina popular no Brasil da nomenclatura relativa aos órgãos humanos, tais como: bucho (intestino), goela (garganta), bofe (pulmão)”.

deterem algum conhecimento médico, permitindo-lhes dar assistência a colonos e índios” (Idem). Tais conhecimentos jesuíticos tiveram um rico acréscimo do etnoconhecimento indígena desde o período dos primeiros contatos com a elaboração de manuais e cultivo de plantas medicinais em pequenos espaços dentro das missões. Através dos jesuítas e outras ordens religiosas que entraram em território brasileiro, iniciou-se o registro escrito da flora e fauna medicinal, levando para além da cultura e popularidade os conhecimentos dos grupos tradicionais, elevando-os ao patamar científico, como acreditavam e que na maioria das vezes, se isolava o objeto (planta medicinal) das interpretações mágicas e religiosas (ASSUNÇÃO, 2000; EDLER, 2006), e que posteriormente foram sendo inseridos em farmacopeias e estudos botânicos e farmacêuticos.

Dentro deste contexto histórico, aos praticantes das artes de curar, o conhecimento específico em cada área de atuação e o tipo de instrumentalização a se utilizar, era definido pelas hierarquias tanto dos conhecimentos sobre propriedades medicinais de ervas quanto pelo uso de instrumentos durante as práticas. Assim, os boticários faziam a manipulação de fórmulas farmacêuticas médicas e sua venda; os feiticeros curavam as doenças com cataplasmas de ervas e óleos, sempre acompanhados de rezas. Os barbeiros-sangradores eram responsáveis pela aplicação de ventosas e de bichas. A aplicação de sangria era realizada ao sol e consistia em escarificar a pele com uma pedra afiada e sobre esta área colocar um chifre de ovelha com a extremidade maior em contato com a pele e chupar na outra extremidade. Os barbeiros relacionados à categoria de feiticeros sangradores, além de sangrar, “deitar bichas”, “e tratar de cabelos e barbas, praticavam pequenas cirurgias, como arrancar dentes e abrir tumores, deixando as maiores, como amputações e tratamento de grandes feridas, a cargo dos diversos cirurgiões” (GUIMARÃES, 2003 p. 12). Os cirurgiões faziam intervenções em escala um pouco maior do que os cirurgiões-barbeiros, em determinadas épocas, cumpriram, também, o papel de médicos. Os curandeiros, além de frequentarem lugares muito distantes curando diversas moléstias, também possuíam muita credibilidade e confiança da população em seus critérios de escolha entre a medicina oficial e a popular, até mesmo por sua proximidade social (BITENCOURT, 2011, p. 27) e afetiva. Neste interim,

O pouco conhecimento sobre as características socioculturais da medicina do período colonial brasileiro criou a ilusão de que práticas oriundas de outras tradições não teriam influenciado significativamente o processo de institucionalização da ciência médica ao longo do século XIX. As bases socioculturais da medicina colonial foram forjadas pela convivência e combinação de três tradições culturais distintas – indígena, africana e europeia -, com inexpressiva participação dos profissionais de formação

acadêmica. Na verdade, a medicina praticada no dia a dia da colônia esteve quase sempre a cargo de curandeiros, feiticeiros, raizeiros, benzedores, padres, barbeiros, parteiras, sangradores, boticários e cirurgiões. (FERREIRA, 2003, pp. 101-102).

Em determinados espaços ou casas, ocorriam também tratamentos e práticas de cura através de manuais médicos científicos que transformavam estes conhecimentos mais acessíveis à população brasileira. Assim foi o caso do **“Dicionário de medicina popular e das ciencias acessórias, Vol. 1 e 2”** de 1890, pelo médico polonês Pedro Luís Napoleão Chernoviz, que ajudou a popularizar o conhecimento médico da época. Neste sentido, “a medicina popular, sendo dinâmica e nunca estática, vai se modificando espontaneamente, influenciada não só pelos meios intelectualizados e de comunicação, como também pelo entrelaçamento de traços culturais entre habitantes de um mesmo grupo social” (ARRUDA CAMARGO, 1998, p. 49).

Essas tentativas, ora de popularizar a medicina científica, ora de tornar científica a medicina popular, nos evidencia o quanto esta temática era recorrente no meio social e científico da época, e até mesmo na atualidade. Esses processos dinâmicos por muitas vezes acabavam por serem traduzidos em escritas que traçavam os conhecimentos em lados opostos e concorrentes, como popular x científico, formal x informal, oficial x charlatão. Assim como tratado no segundo capítulo desta pesquisa, o conhecimento popular em muitos casos era prejudicado, pois, aqueles que detinham o poder e domínio das letras, isto é, a alfabetização e influência intelectual e política, geralmente produziam suas narrativas carregadas por sua formação e preconceitos vigentes da época, ao passo que, em sua grande maioria, as camadas mais populares, nas quais se encontravam os curadores e conhecedores das artes de curar, não tinham nem ao menos a alfabetização. Esse fator de foi de extrema relevância no que concerne a representatividade da medicina tradicional destas culturas expressas em escritas, o que tornou favorável ao grande vazio historiográfico sobre este aspecto nos estudos da história da medicina tradicional, até os princípios do século XX. Neste contexto,

Num ensaio bibliográfico sobre a medicina popular no Brasil, Marcos de Souza Queiroz (1980a) divide os respectivos estudos segundo as seguintes aproximações ao tema: 1) as abordagens “folcloristas”, que se restringem a um “inventário em forma de dicionário, absolutamente despojado de qualquer intenção explicativa”; 2) os estudos de “representantes da medicina oficial sobre as terapêuticas populares”; 3) os trabalhos de cientistas sociais realizados “sob um certo controle de uma comunidade científica” (QUEIROZ, 1980a, p. 241 *apud* RIBEIRO, 1987, p. 136).

Apesar dos esforços em registrar a medicina tradicional no Brasil nas primeiras décadas do século XX, Marcos Queiroz (1980a) resalta que algumas destas obras trazem carga de preconceito e etnocentrismo, sendo dada maior ênfase ao exotismo. Ainda segundo sua análise, “o curandeiro e o rezador são tratados como “gente pernicioso”, atrasada e obscurantista, que pratica uma medicina ilegal, atentatória à vida humana”. Conseqüentemente, “a expansão desse tipo de terapêutica nas periferias das cidades, entre as classes menos favorecidas da população e mesmo entre as camadas médias urbanas, se deve, segundo esse raciocínio, às migrações internas” (RIBEIRO, 1987, p. 136), desconsiderando assim, o abandono e ausência de políticas e socorros públicos, além das escolhas individuais sobre terapêuticas nos mais remotos interiores do país e áreas periféricas urbanas.

Portanto, adentrando nas questões que permeiam a ausência, a permanência e até mesmo a resistência, tanto de práticas médicas oficiais quanto as populares e tradicionais, este capítulo abordará não somente as práticas de cura e os curadores, mas também todas as formas terapêuticas utilizadas entre as comunidades trabalhadas nesta pesquisa. Neste contexto, inserem-se a etnobotânica, a tradição oral, as lendas e os tabus que interferem na saúde corporal e espiritual dos indivíduos, os rituais e plantas medicinais e sagradas e, finalmente, as interpretações sobre o surgimento das enfermidades, através da sabedoria popular destes grupos, conhecimentos estes aqui pontuados e compartilhados em seus depoimentos.

4.1 ARTES DE CURAR, CURADORES E CRENÇAS ENTRE AS COMUNIDADES TRADICIONAIS DO BAIXO AMAZONAS

Para compreender a história que remete o homem aos cuidados com a saúde, seja ela para si ou para um determinado grupo, é necessário relacioná-los aos processos sociais e culturais que caracterizam os comportamentos frente às enfermidades, em um determinado tempo e espaço. Quando nos referimos a história da Amazônia, estas práticas de cura mostram-se muito diversificadas e uma pluralidade de conhecimentos, as quais, devido aos contatos étnicos por séculos, são perceptíveis até a atualidade. Em sua maioria, são atribuídas ao processo sociocultural vivido em comunidades, onde se destacam dois personagens e um elemento, todos primordiais: os portadores do conhecimento, os curadores e a fé da comunidade. Essa relação evidencia a necessidade vital dessa coexistência, pois para todos os

três elementos, onde um se perder, o outro não se sustentará sozinho. Logo, se sofro de algum mal e não tenho o conhecimento (história oral – portadores do conhecimento), não saberei a quem recorrer. Por outro lado, se sofro de algum mal, tenho o conhecimento (história oral – portadores do conhecimento), porém não tenho fé na prática ritualística, e assim, recorrerei a outros métodos que não os tradicionais da comunidade. Estes três elementos pertencem a uma mesma esfera de crenças no Baixo Amazonas, lugar onde se encontram o berço das doenças e a cura, do veneno e o antídoto, das judieiras dos bichos e o curador.

O estudo da história da medicina tradicional é de grande relevância quando se experencia as divergências entre as crenças sobre a origem das doenças e das terapêuticas recorridas dentro de uma mesma comunidade. É fato, que os contatos, fossem eles em tempos mais passados ou em momentos mais presentes, auxiliam os indivíduos a terem escolhas em diferentes sistemas terapêuticos, sejam eles dentro da medicina oficial ou tradicional. Entretanto, estas escolhas podem, de certa forma, determinar a sobrevivência de práticas de cura tradicionais e até mesmo, o sentido de existência da figura do curador. Isto se deve não somente ao alcance das redes de informação e comunicação entre os moradores mais jovens destas comunidades, mas também, pela própria dinâmica que a medicina popular tem, juntamente com “os procedimentos por ela adotados segundo as diferentes culturas às quais se prendem, percorrem através do tempo variados caminhos que em determinados momentos se cruzam e se amalgamam para tomarem feições novas” (ARRUDA CAMARGO, 2000, p. 186).

Esta medicina popular, segundo Maria Thereza Arruda Camargo (Idem, p. 181), apoia-se na fé religiosa, a qual, acaba por reforçar “o sentimento de culpa e do castigo divino, quando diante de problemas de saúde”. Por isso, “as terapias adotadas são sempre acompanhadas de orações, penitências, promessas, visando o merecimento da graça da cura” (Idem). Outras características de apoio na fé religiosa são as devoções aos santos e os usos de rosários benzidos, “passes, orações, além de bentinhos, medalhas, patuás, crucifixos, escapulários colocados junto aos doentes (...). As rezas para reforçarem as curas são uma constante nas práticas médicas das benzedadeiras e curandeiros” (ARRUDA CAMARGO, 2000, p. 182), características estas que serão desenvolvidas ao longo deste capítulo e no capítulo 5 desta pesquisa.

4.1.1 O mundo físico e enfermidades

O processo de classificação das manifestações de enfermidades sobre o corpo de um indivíduo, para os curadores tradicionais, é dado pela separação destas doenças entre as doenças simples, as doenças mais complexas e as doenças de cunho sobrenatural¹²⁶.

As doenças simples, geralmente as dores de garganta, gripes, dores de barriga, cólicas e inflamações, são tratadas com chás de ervas medicinais, por vezes analgésicos e com óleos para fricção em contato com as áreas do corpo onde sente-se a dor. Este trabalho, na maioria das vezes, fica a cargo do membro da família mais antigo, geralmente os avós ou tios (benzedor, consertador, raizeiro), os quais detém o poder de conhecimento e discernimento sobre as plantas medicinais e das limitações de suas atribuições, como por exemplo, não poder tratar algo que não compete as doenças consideradas complexas (encaminhadas à rede de saúde pública) e as doenças de cunho sobrenatural, onde somente o curador (sacacá), poderia atuar.

As doenças complexas são aquelas em que o indivíduo contrai algo contagioso ou que deve permanecer em tratamento constante com uso contínuo de medicações. No primeiro caso, pode-se identificar tanto as descrições de enfermidades causadas por contágio semelhante a prerrogativa miasmática¹²⁷, como por exemplo os ramos de ar, os quais podem levar doença e até mesmo a morte, para parturientes e bebês recém-nascidos. No segundo caso, as infecções bacterianas ou fúngicas, doenças sexualmente transmissíveis, acidentes com animais peçonhentos ou transmissores de raiva, diarreias e doenças infectocontagiosas na primeira infância e puerpério, além dos tratamentos para o combate ao câncer, acidentes e emergências, encontram-se nesta categoria. Neste sentido, o indivíduo é encaminhado ao Sistema Municipal de Saúde Pública e redes hospitalares, as quais podem encaminhá-lo, se for preciso, aos hospitais maiores localizados em Santarém ou Belém, na capital. É importante salientar, que mesmo quando os moradores das comunidades se dirigirem as redes hospitalares maiores, muitos relatam que o acesso a estes é muito difícil, tanto no que concerne ao acesso via fluvial, isto é, horas ou dias de barco, quanto a própria espera ou defasagem do aparelhamento da rede pública hospitalar. Em casos específicos, alguns moradores relataram que quando um parente é encaminhado para Santarém ou Belém, todos

¹²⁶ As definições entre a classificação das doenças, assim como as atribuições dos curadores para as terapêuticas a estas, foram compartilhadas pelos grupos quilombolas e ribeirinhos, através dos depoimentos concedidos a esta pesquisa.

¹²⁷ Sobre conceitos e aplicações de medidas preventivas na Teoria Miasmática, ver o capítulo 2 desta pesquisa.

sabem que este não mais voltará, o que torna o sistema público de saúde não bem visto e utilizado, quase sempre, como última opção.

Algumas doenças que se apresentam nestes grupos e que afetam os indivíduos fisicamente e até mesmo mentalmente, são as doenças de cunho sobrenatural. Estas doenças podem estar associadas aos sentimentos de inveja, mau olhado, olhada de bicho (encante) e também, a quebra de regras no grupo, como os tabus alimentares e de caça, por exemplo. Neste sentido,

A cosmovisão médica do homem em seu meio sociocultural e religioso é a chave para se compreender e interpretar os quadros nosológicos que envolvem corpo e mente e as terapias adotadas. Existem síndromes policarenciais que fogem à interpretação médico-científica no mundo moderno (...). Penetrar nos meandros dessas síndromes será o caminho certo para compreender os males que afligem seus portadores, assim como os resultados das terapêuticas empregadas, principalmente em ambientes religiosos (...). A essas síndromes somam-se outras como: síndrome do mau olhado, do susto, do medo, da espinhela caída e outras (ARRUDA CAMARGO, 1998, p. 70).

Assim, para curar estas doenças, os curadores devem ter além dos conhecimentos sobre das ervas medicinais e sagradas, o poder de afastar os espíritos ruins e trazer a alma de novamente ao indivíduo, geralmente levada por encantos do fundo de rios ou de matas, como serão analisados neste capítulo.

4.1.2 O mundo sobrenatural e as enfermidades

Árvores são *moradas* de Santos e Encantados; plantas protegem as casas, ervas são receitas sob forma de *puçangas* para curar “doenças naturais e não naturais” e também são utilizadas em banhos que trazem felicidade, emprego, amor e proteção.

Napoleão Figueiredo. **Banhos de Cheiro, Ariachés & Amacis**, 1983.

Inseridos neste sistema de cura e religião, a região do Baixo Amazonas possui características muito marcantes, as quais demonstram a presença atuante do catolicismo, o qual “é uma filosofia de vida que se sobrepõe a ideias locais, cuja origem é diversa, mas que dependem sobretudo de influências ameríndias absorvidas e na moderna cultura do caboclo amazônico” (GALVÃO, 1953, pp. 4-5 apud FIGUEIREDO, 1983, p. 11). Assim, “nesse

mundo espiritual, os Santos são entidades que protegem não somente os homens, mas também as comunidades em que vivem, e que, devidamente reverenciados sob as formas mais diversas, garantem prosperidade, saúde e felicidade” (Idem). Entre estes Santos encontram-se o “Santo Expedito, Santo Antônio, São Jorge e Nossa Senhora do Perpétuo Socorro” (Cecília Guerreiro, Terra Santa, PA, 2016). Porém, a atuação destes “não é total, pois existem situações em que sua força é impotente. Essas situações, encontradas no mundo sobrenatural e na própria natureza, são fruto da atuação de outras entidades, que habitam a floresta e o fundo dos rios” (FIGUEIREDO, 1983, p. 11).

Também, como os mais antigos conhecedores da região salientam, as características entre as artes de curar populares e a religião trazem os elementos do catimbó (LOUREIRO, 2007), que “é a fusão de elementos culturais europeus, africanos e indígenas”, como já salientado através das menções sobre os contatos culturais. Neste sentido,

As práticas mágicas, processos de encantamento, orações são da bruxaria europeia, transmitida oralmente. O uso de plantas que curam, conhecidas dos pajés, juntou-se às tradições do bruxo europeu e no negro que eram também conhecedores dos segredos das ervas e que encontraram no Brasil a fartura das raízes, cascas, folhas e flores, aliada à ciência secular indígena. E o negro velho assumiu a posição de mestre orientador, o dono dos segredos (CASCUDO, 1951, pp. 19-27 apud ARRUDA CAMARGO, 1998, p. 41).

Vicente Salles (2004, p. 20) nos traz que o negro e o caboclo, solidários em suas lutas sociais e vicissitudes, acabaram por aproximar seus deuses e deram uma certa unidade aos seus rituais, como por exemplo, “a chamada linha de caboclos e o próprio candomblé de caboclo”. Para este, a pajelança cabocla praticada na Amazônia já trazia estes contatos com os rituais negros desde os tempos coloniais, e portanto, é de extrema relevância compreender que

Com relação aos rituais que envolvem a cura de males físicos e espirituais, é importante que as atenções se voltem para todos os elementos de que se compõem os processos interativos que se estabelecem em perfeita coerência com a cosmovisão médica dos integrantes, tanto pacientes dos rituais. Seria uma visão holística dessa realidade, que envolve curador e paciente num contexto sociocultural e religioso que os une em pensamento, palavras e obras (ARRUDA CAMARGO, 1998, p. 71).

Assim como já mencionadas, algumas doenças podem ser geradas por fatores externos ao indivíduo ou grupo. Estas doenças podem ser oriundas de sentimentos investidos a alguém, como por exemplo, o mau olhado, o quebranto e feitiços, e também pelo desagrado de encantados (olhada de bicho) e desrespeito aos protetores dos animais. Segundo Carlos Fausto (2001, p. 338), “em vários grupos amazônicos, o desguardo, desrespeito a um tabu alimentar

ou regra ligada à caça conduz à vingança por parte de um espírito, amiúde animal”¹²⁸. Os sintomas destas doenças podem variar entre “dor em locais determinados, nos casos diagnosticados como introdução de objetos patogênicos; mal-estar geral, febre sem razão aparente, desânimo, tristeza; em suma, perda de vitalidade, nos casos de *soul loss*”. (Idem), “além de vômitos e diarreias sem explicação, tonturas e confusão mental, atraso na vida, choro e inquietude dos bebês” (Raimundo Guerreiro, Oriximiná, PA, junho de 2016), doenças estas que serão analisadas neste capítulo.

Mau olhado, Inveja e Quebranto

Estes três elementos, denominados como sentimentos negativos por Queiroz (1980), quando estudados dentro de contextos de crenças populares, são os que mais vigoram entre os relatos. O mau olhado é uma crença universal e que não tem referência de tempo. Quem é atingido pelo mau olhado sente imediatamente, ou poucas horas depois, apatia generalizada, dores no corpo e na cabeça, alterações na digestão, inapetência (ausência de apetite), irritação e desânimo. No caso do mau olhado ser direcionado para crianças, estas ficam com sonolência profunda, olhos encovados e moleiras afundadas. Segundo Queiroz (1980), o “mau-olhado” se explica pela ação de um agente externo ao estreito círculo familiar, assim como o olho gordo ou a inveja, que também produzem sensações de energia negativa e desconforto físico na pessoa que foi atingida, além dos atrapalhos em planos e na vida. Segundo o depoimento da benzedora Dona Cecília Guerreiro (Terra Santa, PA, 2016), “o mau olhado, quando vindo de bicho (encante), sai com reza em criança. Já no caso de adulto, precisará fazer a defumação para se libertar”.

O quebranto é um tipo de sentimento que traz confusão na sua compreensão, em um primeiro momento. Enquanto o mau olhado e olho gordo trazem os sentimentos negativos como sendo os culpados por doenças físicas, o quebranto traz doenças físicas enquanto sentimento de “excesso de amor” ou de “amor caduco” no âmbito familiar (QUEIROZ, 1980). Conforme depoimento do senhor Raimundo Guerreiro (Oriximiná, PA, 2016), “o quebranto

¹²⁸ Com interpretação aproximada aos grupos tradicionais do Baixo Amazonas, Delvair Montagner (1996, p. 75) analisa que para os Marubo “as perturbações de ordem sobrenatural também rotulam-se como doenças: panema de caçador, complicações no trabalho de parto por quebra de restrições alimentares da gestante, da criança chorona”.

pode acontecer do amor e carinho em excesso do pai para o bebê. Um dos rituais de proteção é o de pegar a camisa usada por ele e passar no bebê antes de agradá-lo”, além do uso de pulseiras com miçangas e outros tipos de amuletos, que serão analisados no capítulo 5 desta pesquisa, sem esquecer de realizar o benzimento deste bebê. O quebranto pode se manifestar através do choro, como já mencionado, mas também através de diarreias de coloração esverdeada. Sua cura se dará somente através da prática da benzedura.

Menstruação e desguardo

Outro elemento muito presente entre a cultura no Baixo Amazonas são as condutas que moças e mulheres menstruadas devem ter. Conforme os depoimentos das mulheres mais velhas das comunidades ribeirinhas e quilombolas pesquisadas, atualmente as moças não se cuidam como deveriam. Segundo as regras que as antepassadas aconselhavam, Dona Maria do Carmo Colé Viana (Comunidade Quilombola Lago Moura, Oriximiná, PA, 2016) ressalta que “uma moça que estivesse em seu ciclo menstrual não deveria comer fruta que apodrece no chão ou coisa azeda, porque isso pode afetar os órgãos como o útero. Por saber que o boto não se agrada de mulheres em seu período menstrual, os banhos eram feitos em terra e não à beira do rio. Os pais traziam a água para a filha poder se banhar em casa”. Algumas ficavam com a cabeça amarrada com pano e não podiam lavar os cabelos. Muito de sua alimentação era parecido com as das moças recém paridas, com dietas especiais, pois isto as auxiliava a não terem problemas de saúde futuramente.

Segundo o depoimento da parteira Dona Maria Enedina do Rosário (Comunidade Boa Vista do Lago Sacurí, Oriximiná, PA, 2016), “os abusos das moças no período menstrual trazem problemas que vão aparecendo com o tempo”, ou seja, muitas delas, conforme os depoimentos, acabam por ter problemas tanto para engravidar quanto em suas gestações e partos. Também são mencionadas as condições físicas em que estas ficam após terem seus bebês, onde, conforme a ceramista Dona Zuleide Colé Viana (Comunidade Quilombola Boa Vista, Oriximiná, PA, 2016) “a gente percebe que antigamente, o corpo da moça que tinha o bebê voltava mais rápido para o lugar. A gente fazia uma massagem na barriga com andiroba (*Carapa guyanensis* Aubl.), chá de sene, salva de Marajó (*Hyptis crenata*) e quina, todos os dias ... era para o sangue não ficar preso, porque ele fede”.

Em todos os exemplos e relatos, a quebra deste tipo de resguardo traz a moça sérias consequências físicas, que vão desde a saúde gestacional futura quanto as enfermidades que podem ir se desenvolvendo por tamanho descuido destas regras.

Panema

A crença em panema¹²⁹ é uma forma de regular as atividades de subsistência ligadas à caça e à pesca na Amazônia. Segundo Galvão (1976, p. 81), pode ser definida como “má sorte, azar, desgraça, infelicidade” ou a incapacidade de que são tomados indivíduos e mesmo objetos, por ação de uma força desencadeada por ignorância ou imprevidência”. Para Roberto da Matta (1977, pp. 67-96),

A panema está associada à hierarquia da estrutura social local, à dicotomia natureza/sociedade, às afinidades com o nosso sistema sorte/azar e à maneira que o caboclo amazônico encontrou de transformar “um sistema probabilístico (azar) num sistema determinístico (sua causação) e agentes catalisadores (mulher menstruada, grávida, a inveja, a desconfiança).

Conforme este sistema explicativo de Roberto da Matta (1977), posteriormente criado às exposições de Charles Wagley (1957) e Galvão (1976), no Baixo Amazonas, os moradores da região, geralmente os caçadores, buscavam acabar com a panema através de banhos com ervas “fedorentas e cocentas”, defumações com alho e pimenta e outras práticas mágicas” (MATTÁ, 1977). É costume o caçador e o pescador tomar esses cuidados cada semana ou a cada quinze dias, com relação a si próprio e a seus apetrechos para evitar a panema, já que a panema pode estar em seus instrumentos de caça ou pesca, animais dos caçadores e ele próprio. Neste sentido, vem a corroborar o depoimento do ceramista Senhor José Lopes (Comunidade Quilombola Lago do Moura, Oriximiná, PA, 2016), no qual relata que “os pescadores e caçadores sabem fazer os remédios para tirar a uruca, o mau olhado, o azar (panema). Para se proteger e não ter dificuldade para caçar, é preciso pôr no próprio pé o fígado da caça, amassar a pimenta com o fígado e deixar um cachorro danado comer. Para o cachorro que vai junto caçar, pode dar a paxiubinha (palmeira) para ele comer”¹³⁰.

¹²⁹ Do tupi: i-panema, que significa “água má, sem peixes” (Câmara Cascudo, 1954, p. 469) *apud* RIBEIRO, 1987, p. 145.

¹³⁰ Para Delvair Montagner (1996, p. 79), “os sintomas de um homem panema são: andar devagar e sentir dor nas pernas; ter má pontaria; ser mal rastejador; a caça tornar-se arisca”.

Outros fatores também podem tornar alguém panema, tais como a desconfiança e a inveja. Além destes, a mulher menstruada que tocar os instrumentos de caça ou pesca pode empanemá-los. “As mulheres grávidas podem, involuntariamente, fazer alguém tornar-se panema (RIBEIRO, 1987, p. 145), e “para poder controlar a cura dos caçadores ou pescadores empanemados (...), geralmente só se alimentam de caça e peixes apanhados pelos próprios maridos ou parentes próximos” (Idem). Dentro deste contexto, se apresentou uma das atitudes da filha do senhor José Lopes, a qual durante a pesquisa de campo desta tese, encontrava-se grávida de sete meses. Comentou que seu marido não estava conseguindo caçar porque estava empanemado, sentindo-se pesado e que acabava por ficar na rede tentando se recuperar. Ela acabou por comer a carne de caça que seu pai, o senhor José Lopes, caçou.

Encantados de Matas e Rios

Além das manifestações de enfermidades tanto por desguardos, panema e sentimentos negativos como mau olhar, inveja e do excesso de amor (quebranto), outras formas de se contrair enfermidades de cunho sobrenatural são pelos abusos cometidos próximos as moradas dos encantos ou pela perseguição desenfreada de um caçador a um determinado animal.

As moradas de encantados se dão em locais geralmente relacionados a pontas de pedra, grutas, cabeceiras de rio, fundo das águas, igarapés, dentro da floresta e debaixo da terra, “localizam-se acima das nuvens e abaixo do céu, protegem e comandam o universo mágico da cidade grande” (ARRUDA CAMARGO, 1998, p. 16).

Os encantados são “seres que após a morte física, viraram entidades dotadas de qualidades especiais e poder de judiar (castigar) as pessoas que não respeitam a floresta, os rios ou igarapés” (RUSSI, 2014). Sendo assim,

Se na literatura oral portuguesa os animais tinham inteligência, sagacidade e eram dotados de fala, nas fábulas indígenas aparecem como doadores da cultura e, nessa qualidade, são respeitados e temidos. Essa parece ser a lógica e a moral dos temas ligados aos “donos dos animais”, ou “mães dos bichos”, embora eles tenham sido considerados por vários autores como simples fabulações ou *poranduba* (de poro, superlativo e andu, notícias em língua geral) (...). No lendário indígena e popular amazônico, os guardiões da caça do campo, da mata, dos peixes e das árvores usam estratégias de defesa, infligindo terríveis castigos e até mesmo a morte aos caçadores ou incendiários que transgridem suas leis (RIBEIRO, 1987, p. 143).

Por estarem divididos entre florestas, rios e fundo da terra, cada um pode apresentar a forma de um destes defensores do lugar. Neste sentido, os encantos mais conhecidos que moram nas florestas são a Curupira, as formas físicas do veado e do caititu. Também são mencionadas as assombrações ou visagens, como o anhangá (espectro, fantasma) que segundo Câmara Cascudo (1954, p. 42 apud RIBEIRO, 1987) “castiga os caçadores que perseguem certo tipo de caça, como o pássaro inhambu-anhangá e o veado (suasu-anhangá) nos quais se transfigura”.

Alguns depoimentos concedidos trouxeram a presença de encantados em locais como a ponta da Casa Comunitária de cerâmica, na Comunidade Quilombola Lago Moura (Seu José Lopes, 2016), afirmando que lá mora um encantado em forma de menino negro, e que pode vê-lo da varanda de sua casa, do outro lado do quintal. O caititu e os outros animais da floresta que perseguiram durante uma noite inteira um caçador nas proximidades da cidade de Terra Santa (PA), e fazendo-o se perder e ficar enlouquecido (Antônio Neto, 2016). As artimanhas da Curupira (fêmea), que tendo se agradao pelo bebê de Dona Zuleide Viana, ainda gestante, e que estava com seu marido no meio da mata, durante uma caçada, os fez se perderem e encontrar uma casa misteriosa e arrumada, na qual ela tentou os atacar (Dona Zuleide Viana, 2016). A fantasma com os cabelos para frente do rosto andando no meio da noite num cruzamento no centro de Oriximiná (PA), e que aparentando ser atacada por cachorros, chamou a atenção do parente do Seu Raimundo Guerreiro (Oriximiná, 2016), que tentando ajudá-la, logo percebeu que ele era quem precisava de ajuda; já que esta disse que só não o levaria naquela noite porque ele fugiu.

Entre os encantos pertencentes aos rios e mais mencionados nos depoimentos, encontram-se a arraia, o puraqué (peixe elétrico), o cabuanã, o cavalo marinho, a sereia, a cobra cabocla ou cobra do lugar e o boto. Os encantados mais temidos pelas mulheres eram o puraqué e o cabuanã, os quais judiavam e as deixavam com fortes dores de cabeça quando estas passavam pelos rios e eram atingidas pela olhada do bicho em desagrado. Conforme Dona Raimunda Maciel da Silva (Terra Santa, PA, 2016), cura-se a olhada deste encanto com alho, banha da mucura, borra do café, andiroba e copaíba.

O boto talvez seja o encanto mais temido por todos, é a entidade que não escolhe ninguém para judiar no rio. Se ele ficar desagradado de qualquer pessoa, não importa o gênero ou idade, ele irá judiar com fortes dores de cabeça, tonturas e febres. Conforme as histórias contadas pelos quilombos, “o boto quando se agrada de alguém, convida a pessoa para ir

embora. Assim, o boto convidou a jovem Socorro, que morava na cidade de Porto Trombetas (PA). Socorro era uma jovem moça muito alegre e bonita. Todos a admiravam. Certo dia, ela começou a ficar pálida, triste, não conversava e só queria ficar embrulhada em sua rede, pois estava sempre gelada. Zé Marcelo, o benzedor da cidade, notou que a jovem Socorro estava sendo consumida pelo mal do boto, que fazia todos em sua casa adormecer com um feitiço e deitava-se com a moça, sugando-lhe todas as forças. Após o convite do boto feito a moça para que ela fosse embora com ele, isto é, levar o seu espírito somente para o reino dele enquanto o corpo iria para o cemitério, os curadores foram chamados para afastaram o boto da presença de Socorro, através de muitos banhos e defumações na casa” (Claudemiro Colé Viana, Comunidade Quilombola do Abuí, Oriximiná, PA, 2016). A jovem Socorro ficou bem, casou-se e foi embora para Manaus.

E, por fim, dentro desta categoria dos encantados pertencentes tanto a floresta quanto aos rios, também protetores dos animais e mantenedores das atividades de caça e pesca sem perseguição desenfreada de uma única espécie, a literatura faz menção a Mãe de Bicho. Também conhecida como “assombrado de bicho”, isto é, que tira a sombra, leva a alma, e deixa o indivíduo à loucura. Esta é atraída quando fazem “zoada perto do rio ou maltrata[m] um animal doméstico [atraindo sua] zanga. Mesmo as coisas e os acidentes geográficos têm “mãe” (RIBEIRO, 1987, pp.144-145). Dentro desta categoria, existem vários pontos de rios que podem ter a Mãe, sejam as cachoeiras, pedrais, cabeceira de rios. “Todos podem judiar quando alguém passa desrespeitando sua morada ou desrespeita algum hábito, como por exemplo, não poder tomar banho no rio ao meio dia pois a Mãe das Pedras judiava as crianças” (Dona Maria Seixas Ramos, Comunidade Ascensão, Lago Sapucaá, PA, 2016).

Benzedores e Curadores

O Curador é do começo do mundo. Deus deixou no mundo o dom do curador ... esse dom era para existir!

Sr. Claudemiro Colé Viana, Comunidade Quilombola Do Abuí, Oriximiná, 2016.

Os benzedores e curadores são figuras muito recorridas no Baixo Amazonas. Autores como Gastão Cruls (1973) em sua narrativa de viagem pela região, já evidenciava parte das histórias que agregam as lendas e locais sagrados e o nome sacaca, e assim explana:

Romualdo, sempre alegre durante a viagem, deu mostras de estar doente. Vi o mesmo abandonar o remo e entortilhar-se sobre o banco, procurando melhor aconchego entre os sacos que o cercavam. Pouco depois, o seu corpo entrava a tremer e, embora ele se esquivasse às perguntas que Sampaio e eu lhe fazíamos, acreditamo-lo acometido de um acesso palustre. Havia, porém, um ar de susto e mistério entre os outros remadores, que o olhavam penalizados, e também não nos davam maiores informações a respeito. Já estávamos muito intrigados, quando, ao cabo de duas horas, tudo isso se dissipou e o Romualdo, tornando às boas, apresentava-se até bem alegre. Só mais tarde soubemos que, durante aquele tempo, ele estivera atuado (I) pelo “sacaca”, o pajé do fundo do rio, e daí o seu estado de angústia. O pior é que, segundo nos adiantaram, quando ele se sente em tais transes, tem, por vezes, violentos ataques convulsivos e, forte como é, nem quatro pessoas o dominam então. Imagine-se agora se desse tipo houvesse sido a sua crise ao tempo em que éramos dez na canoa, em plena escuridão da noite ... Sem dúvida alguma, nem só a ele, mas a nós todos estaria fadado ir conhecer o “pajé do fundo” (CRULS, 1973, p. 160).

Segundo as histórias contadas pelos grupos tradicionais da região, o dom de um curador é dado desde a sua formação no ventre de sua mãe. Assim sabe-se, pois, a mãe percebe quando o bebê chora dentro de sua barriga e ela, o ouve. “Os curandeiros na primeira infância, recebem o dom de um encantado¹³¹. A maioria destes, começa a curar e consertar a partir dos três anos de idade” (Sr. Jarbas Gato, Comunidade do Aimim, Lago Sapucuá, Oriximiná, PA, 2016).

Em relatos, os encantados aparecem, em sua maioria, vindos das beiras de rios e igarapés. A presença destes ainda na primeira infância dos futuros curadores, é o aviso de que estes já estariam aptos a desenvolver e aprimorar seus dons para a cura de doenças espirituais. Aos que negassem ao seu dom ou que andassem em desacordo dos ritos e comportamentos de um curador, a eles recaíam doenças de causas inexplicáveis. É dentro deste contexto que podemos observar a importância da história local, assim como as histórias dos próprios curadores, que em uma mesma esfera mágico-religiosa se afirmam e reafirmam sua importância e identidade naquela sociedade (LÉVI-STRAUSS, 1975).

Em todos os depoimentos, a palavra fé e dom se complementam. Para estes, “o dom é dado por Deus e não aprendido. Tem muitos que não tem dom, não sabem responder [as dúvidas], usam o livro, não sabe fazer [nada] e já cobram ... não tem ajuda dos espíritos!” (Sr. Daca, Comunidade Lago Sacurí, Oriximiná, PA, 2016). Todos recebem em troca o agradecimento sincero, que deve ser sempre assim. Aceitar o dom é trabalhar correto, e neste sentido, o curador não terá problemas na vida. Para Maria Thereza Arruda Camargo (2006),

¹³¹ Sobre a análise do complexo xamanístico ver: LÉVI-STRAUSS, C. **O feiticeiro e sua magia**. (In.): Antropologia Estrutural. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975, pp. 14-16.

O saber de um xamã, de um pai ou mãe-de-santo, de um benzedor que reza para curar, seja atribuído ao dom divino que lhes coube por ordens superiores, cujos poderes transcendem ao nosso entendimento. Esse saber se fortalece no mito, no rito iniciático e na expectativa de fé daquele que padece de algum mal. Assim, todos os instrumentos materiais e imateriais usados por esses “escolhidos”, donos do saber, tornam-se sagrados e investidos de poder. Dentre estes instrumentos, estão as plantas de uso medicinal e ritual (ARRUDA CAMARGO, 2006, p. 395).

As atribuições do curador vão desde o conserto de tendões, de joelhos, de cadeiras e desmentiduras, com a utilização de banha e óleos. Também trabalham com a ajuda de espíritos para trazer a alma, retirar a judieira de bicho e libertar as pessoas de mau olhado. Assim, “os fenômenos que escapam à alçada dos santos – aos quais é atribuída a defesa e o bem-estar da comunidade – tais como “a panema, o ‘assombro de bicho’ e o poder maligno dos botos” (que incidem sobre o indivíduo) pertencem à órbita de poder dos pajés”



(GALVÃO, 1976 apud RIBEIRO, 1987, p. 142).

Assim como já mencionado anteriormente, o poder da cura ou afastamento do mal, tanto de um sacaca como um curador, depende da crença do adoentado na cura e nas práticas do curador. Sendo assim,

Não há, pois, razão de duvidar da eficácia de certas práticas mágicas. Mas, vê-se, ao mesmo tempo, que a eficácia da magia implica na crença da magia, e que esta se apresenta sob três aspectos complementares: existe, inicialmente, a crença do feiticeiro, na eficácia de suas técnicas; em seguida, a crença do doente que ele cura, ou da vítima que ele persegue, no poder do próprio feiticeiro; finalmente, a confiança e as exigências da opinião coletiva, que formam à cada instante uma espécie de campo de gravitação no seio do qual se definem e se situam as relações entre o feiticeiro e aqueles que ele enfeitiça (LÉVI-STRAUSS, 1975, p. 2).

Entre as comunidades ribeirinhas e quilombolas de Oriximiná, o curador mais conhecido foi o sacaca Baldoíno Melo, avô de Ormezinda dos Santos Souza (SME, Oriximiná, PA, 215) e tio do Senhor Claudemiro Colé Viana (Comunidade Quilombola do Abuí, Oriximiná, 2016). Este tinha poderes como os “sonhos de adivinhação, de descer ao fundo do rio e conversar com os encantados do fundo por mais de oito minutos, de trazer a sombra de alguém de volta, de afastar espírito”! (Zuleide Viana, Comunidade Quilombola Boa Vista, Oriximiná, PA, 2016), e assim, como Berta Ribeiro (1987, p. 139) salienta, “o pajé caboclo exorciza – como o ameríndio – os seus sobrenaturais familiares: espíritos da água, chamados companheiros do fundo”. Porém, conforme Dona Zuleide Viana (2016), o sacaca não é um pajé ou pai de santo, ele é um curador espiritista que,

Na pajelança – fenômeno talvez concentrado na Amazônia – é que se faz sentir com mais força a influência indígena. O pajé não é apenas o benzedor (...). Adivinha os pensamentos, os acontecimentos, previne-os e os combate. Os processos de cura do pajé aproximam-se do xamanismo tupi: a par da introdução da cachaça, registra-se o uso do cigarro, do maracá, de rezas – “orações católicas que funcionam como fórmulas mágicas” (GALVÃO, 1976, p. 98). O pajé caboclo exorciza – como o ameríndio – os seus sobrenaturais familiares: espíritos da água, chamados companheiros do fundo. (RIBEIRO, 1987, p. 139).

Parteiras

A história da qualidade da saúde de gestantes e doenças perigosas para a gestação ainda são poucos estudadas e publicadas. Um dos registros históricos mais antigos foi feito pelo médico e naturalista holandês Guilherme Piso (1611-1678), o qual afirmava que o tenesmo¹³² era uma “doença muito comum e com razão temível para as mulheres grávidas, porque mata lastimavelmente o feto e a gestante” (BAIDA & CHAMORRO, 2011, p. 10).

Muitos relatos colocam a figura das parteiras em meio as zonas de mais difícil acesso a transportes e redes de saúde pública. Muitas vezes, são relacionadas a crendices que pintam a ignorância sobre os cuidados fundamentais durante uma gestação e trabalho de parto. Porém, o trabalho das parteiras em zonas interioranas e amazônicas ainda é utilizado. São estas parteiras, que na maioria das vezes, trazem ao mundo algumas gerações de famílias

¹³² O tenesmo se manifesta com uma sensação dolorosa na bexiga ou na região anal, com desejo contínuo, mas quase inútil, de urinar ou de evacuar.

inteiras, e que estabelecem os vínculos afetivos com cada criança trazida ao mundo por suas mãos.

A arte de partejar é ensinada de mãe para filha, e como todas as artes de curar no Baixo Amazonas, é preciso que se tenha o dom. Este dom, como já explicado anteriormente, é dado por Deus e não se deve cobrar nada em troca, apenas ajudar ao próximo. Dentro deste contexto, a arte de partejar consiste nos cuidados desde o planejamento de uma gravidez até o oitavo dia em que o bebê nasceu.

Na maioria dos casos, as parteiras são vizinhas ou conhecidas, e até mesmo familiares da gestante. Existem, porém, algumas exceções, como casos de parteiras muito requisitadas de cidades como Faro (PA) e Nhamundá (AM), onde estas têm uma clientela de grande número. Cabe ressaltar que, quando uma parteira atende uma gestante, e esta, por algum motivo precisa trocar de parteira, a segunda parteira não aceitará. Assim foi um dos casos que chegaram nas mãos de Dona Raimunda Maciel (Terra Santa, PA, 2016), a qual em seu depoimento disse que “tinha uma jovem moça grávida, lá no interior [área rural de Terra Santa] e seus parentes vieram me chamar. Disseram que ela estava tentando ter o bebê já faziam 2 dias, mas não conseguia e não tinha mais força. Eu disse que não mexia onde outra parteira já estava mexendo, mas eles estavam insistindo. Fui com eles ver a moça. Demorou um pouco por causa da estrada. Quando cheguei na casa eu vi ela lá, deitada na rede, cansada e pálida. Não tinha força. Fui tocar a barriga, e não sentia o bebê se mexer. Quando fui tocar nela, percebi que estava toda machucada de tanto mexerem nela. Acontece, que de tanto colocarem o dedo para ver a dilatação, cortaram o cordão do bebezinho e ele ficou sem ar, acabou falecendo dentro daquela mãe”.

	
<p>Fotografia 17: Dona Maria Enedina, parteira e agricultora aposentada. Comunidade Boa Vista do Lago Sacurí, Oriximiná – PA, junho de 2016. Fotografia da autora.</p>	<p>Fotografia 18: Dona Raimunda Maciel, parteira. Terra Santa - PA, junho de 2016. Fotografia da autora.</p>

Este depoimento nos mostra duas situações concomitantes e conflituosas, a primeira que consiste em ter o conhecimento do corpo e da história da gestante, vínculo este estabelecido desde os primeiros dias de atendimento com somente uma parteira, e a segunda, a falta do conhecimento do corpo da gestante por parte da outra parteira, que sendo negligente e descuidada, não a direcionou para os cuidados de gestação de risco em rede municipal de saúde pública, já que os municípios fazem trabalho conjunto com cursos de capacitação de parteiras nas comunidades. Sendo assim, se a prerrogativa da parteira, assim como é a de um curador tivessem sido seguidas corretamente, provavelmente o bebê teria sobrevivido, pois estes, vendo as limitações das suas práticas terapêuticas, a direcionariam as práticas médicas hospitalares.

Além da realização do parto, que é somente o final de um longo percurso, estas parteiras também ajudam a mãe com as massagens na barriga com óleos de andiroba e copaíba, puxando e colocando os bebês na posição correta. Por esta região, não existe alguém que diga que uma parteira errou a data de nascimento de uma criança.

Entre suas atividades estavam os cuidados também com a alimentação da gestante e os preparativos para esta alimentação feita durante o resguardo, como explica Dona Maria Enedina (Comunidade Lago Sacurí, Oriximiná, PA, 2016). Eram 40 dias de canja de galinha, sendo que, estes frangos deveriam ser criados e separados no quintal, somente para a mãe. O frango não poderia ser arrepiado e nem ter a perna roxa, somente os de perna amarela eram permitidos. Carnes como a do peixe liso (sem escama), a de piranha e peixe reimoso, eram proibidas, pois podiam dar hemorragias na mãe e fazer mal ao bebê. Conforme as explicações

sobre a regras alimentares ou tabu alimentares, estas são essenciais, principalmente quanto a classificação das carnes a serem evitadas, pois isso auxilia “na procura de um equilíbrio entre as relações sociais e o mundo sobrenatural” (MONTAGNER, 1996, p. 82). O tabu é definido “como sendo uma regra proibindo o consumo de parte de animal, de todo o animal ou de uma série deles, ou de qualquer outro alimento” (RIBEIRO, 1987, p. 87). Segundo a obra de Berta Ribeiro (Idem) “esses tabus se restringiam à mulher grávida e aos pais nascituros. E, secundariamente, a jovens em reclusão da puberdade”, fato que corrobora tanto quanto as evitações de carnes por parte das mães, quanto pelas evitações de algumas frutas pelo desguardo das moças, como já analisado neste capítulo.

A higiene (banho de asseio) da mãe e do recém-nascido também eram função da parteira, após o oitavo dia, estas funções eram atribuídas a avó do bebê. A casa era fechada durante sete dias e a mãe tinha sua cabeça enrolada com um pano branco. Buscavam evitar os “ramos de ar” e o mal dos sete dias (tétano neonatal). A tesoura que cortou o umbigo do recém-nascido era fincada no esteio principal da casa. Após os sete dias de nascimento e passagem dos cuidados da parteira para a família da nova mamãe, esta tesoura era retirada do esteio.

Os pais dos recém-nascidos, nas primeiras semanas não podiam fazer nada que necessitasse de muita força ou torcer a roupa recém lavada, pois isso dava cólica e podia estufar o umbigo do bebê.

Cabe ressaltar que o município ainda tem a procura pelos serviços de parteiras em áreas rurais e em localidades mais isoladas como nos quilombos, por exemplo. Estas trazem o conhecimento adquirido em família (de mãe para filha). Muitas delas atendem em localidades distantes da sua e possuem, em alguns casos, cursos de primeiros socorros e enfermagem simples concedidos pela Secretaria da Saúde juntamente com o Hospital Regional de Oriximiná. Os casos onde existe complicação na gravidez são direcionados por estas parteiras ao sistema de saúde convencional, aos postos de saúde e a maternidade local, o Hospital Maternidade São Domingos Sávio, localizado no centro da cidade.

Porém, algumas dificuldades que a cidade, a população e a Secretaria da Saúde (Imunização) encontram são o deslocamento, a dificuldade de acesso as regiões e localidades mais afastadas (áreas rurais, quilombos, aldeias) principalmente no verão, quando o rio está

secando e acaba por dificultar o trajeto que seria feito de barco ou lancha e tem de ser feito a pé e carregando todo o equipamento¹³³.

4.2 OS REMÉDIOS DA TERRA: PLANTAS, ÓLEOS E REZAS¹³⁴

Através das pesquisas científicas realizadas na metade do século XX, tanto a Botânica quanto os pesquisadores, têm buscado identificar as plantas medicinais utilizadas por grupos e comunidades tradicionais na região amazônica. Estas pesquisas fazem suas interpretações não desvinculando os significados destas plantas para determinados usos e hierarquias de curadores e enfermidades¹³⁵, diferentemente dos estudos realizados até princípios do século XX, como já mencionado anteriormente. Em sua grande maioria, estes levantamentos são realizados por botânicos, biólogos e antropólogos, em equipe multidisciplinar. Os estudos são efetivados juntos as comunidades onde foram feitas as entrevistas com os moradores mais antigos e com a coleta de amostras das plantas mencionadas nestes relatos para uma análise em laboratório e testes na área da etnofarmacologia. Esta por sua vez, tem como definição “a exploração científica multidisciplinar dos agentes biologicamente ativos, tradicionalmente empregados ou observados pelo homem” (ELIZABETZKY, 1999). Além disso, a Etnobiologia e Etnobotânica fazem:

O registro de plantas, seus usos e formas terapêuticas (plantas medicinais) por grupos humanos [e] têm oferecido a base para diversos estudos básicos e aplicados, especialmente no campo da fitoquímica e farmacologia, inclusive como ferramenta para o descobrimento de novas drogas. Nesse contexto insere-se a Etnofarmacologia, como um ramo da Etnobiologia/Etnobotânica que trata das práticas médicas, especialmente remédios, usados em sistemas tradicionais de medicina (Idem).

Os primeiros estudos de grande relevância nesta área, que se deram entre a década de 1950 até meados de 1980, trouxeram a relação de grupos tradicionais, geralmente sem escrita, com a natureza. Dentro desta relação foram descritas a pluralidade dos conhecimentos

¹³³ Informações extraídas da entrevista com a enfermeira Alynne Cristina Ferreira Coutinho, responsável pelo setor de Imunizações da Secretaria da Saúde de Oriximiná, no dia 27 de maio de 2015.

¹³⁴ Em anexo, tabela com nomenclaturas de plantas de uso medicinal no Baixo Amazonas.

¹³⁵ Os primeiros registros de plantas nativas medicinais foram feitos pelos missionários de ordens religiosas como os franciscanos, jesuítas, capuchinhos entre outros, além dos naturalistas e botânicos, como já apresentados no primeiro e segundo capítulos desta tese. Descriviam estas mesmas e seus usos, dando um “sentido científico” aos princípios ativos e desvinculando-os de rituais, pois estes não se justificavam dado que não se baseavam em observações científicas (medicina empírica), além de “pertencerem às explicações de culturas selvagens”, como pregavam as escritas etnocêntricas.

terapêuticos, a manipulação dos medicamentos tradicionais, a hierarquia dos curadores e o sistema que define as enfermidades e contágios naturais e sobrenaturais. Neste sentido, pesquisas como as de Luís da Câmara Cascudo (1954) **“Dicionário do folclore brasileiro”**, Charles Wagley (1957) **“Uma comunidade amazônica. Estudo do homem nos trópicos”**; Roberto da Matta (1977) **“Panema: uma tentativa de análise estrutural”**; Napoleão Figueiredo (1979 e 1983) **“Rezadores, pajés e puçangas”** e **“Banhos de Cheiro, Ariachés & Amacis”**; Marcos de Souza Queiroz (1980a e 1980b) **“Estudos sobre a medicina popular no Brasil”** e **“Feitiço, mau-olhado e susto: seus tratamentos e prevenções”**; Ghilleen Prance (1986) **“Etnobotânica de algumas tribos amazônicas”** e Berta Ribeiro (1987) **“O Índio na Cultura Brasileira”**, são as obras que tratam de toda esta perspectiva dos conhecimentos da medicina popular e tradicional na Amazônia¹³⁶.

Os tratamentos e os cuidados com a saúde física e espiritual de um indivíduo, no Baixo Amazonas, podem ser relacionados a um grupo específico de plantas medicinais e/ou rituais. Essas diferenciações são empregadas pelos conhecedores e curados da região, que distinguem se a presença de uma enfermidade é física ou sobrenatural atuante sobre o corpo ou até mesmo uma casa. Cabe ressaltar, que muitas explicações para os usos terapêuticos e rituais, trazem características de interpretações dos grupos indígenas, colonizadores e quilombolas (ARRUDA CAMARGO, 1998 e 2000; FIGUEIREDO, 1983; SALLES, 2004). Em vários momentos, as semelhanças e aproximações simbólicas são evidentes, denotando possíveis adoções culturais e compartilhamento de conhecimentos tradicionais, tais como a introdução de plantas medicinais e rituais pertencentes a outros continentes (ARRUDA CAMARGO 1998 e 2000), além dos usos de amuletos e identificação de divindades ou entidades moradoras de rios e matas capazes de judiar (QUEIROZ, 1980a, RIBEIRO, 1987), bem como os tratamentos e indicações dietéticas que acabam fazendo referência aos tabus alimentares (MONTAGNER, 1996; FAUSTO, 2001) de grupos indígenas amazônicos, como já analisados aqui anteriormente.

Nesta pesquisa, após analisar os depoimentos concedidos e realizar um levantamento bibliográfico de pesquisa e autores que identificaram plantas medicinais e rituais no Baixo Amazonas ao longo do século XX (WAGLEY, 1957; CRULS, 1973; GALVÃO, 1976;

¹³⁶ Na atualidade, as obras de Maria Thereza Lemos de Arruda Camargo (1998 e 2000) **“Plantas Mediciniais e de Rituais Afro-Brasileiros II: Estudo Etnofarmacobotânico”** e **“A influência portuguesa na medicina popular do Brasil desde seu descobrimento”**, trazem as relações de plantas que são usadas em rituais, mas que também tem propriedades medicinais, em cerimônias religiosas afro-brasileiras entre o nordeste e sudeste. Outra autora que trabalha com pesquisas na área de Etnofarmacologia é Eliana Rodrigues (2003) com a pesquisa **“Levantamento etnofarmacológico realizado entre um grupo de quilombolas do Brasil”**, que trabalha em laboratório com as plantas medicinais indicadas por quilombolas para o estudo de fármacos.

QUEIROZ, 1980a) foi possível determinar um total de 109 plantas utilizadas, sendo que 85 destas foram identificadas e 24 não foram¹³⁷. Dentre estas, 23 são utilizadas em rituais, sendo que 12 destas também são utilizadas em receitas medicinais. Também são utilizadas 11 componentes de fauna para receitas medicinais e 7 para rituais. Os minerais encontram-se em menor número, são 2 componentes para rituais e 1 para receita medicinal.

Número total de plantas medicinais e rituais	
Plantas Medicinais	109
Plantas Rituais	23
Plantas Medicinais e Rituais	12
Componentes de Fauna para receitas medicinais	11
Componentes de Fauna para rituais	7
Componentes minerais para receitas medicinais	1
Componentes minerais para rituais	2
Número de receitas levantadas nesta pesquisa	42

Tabela 8: Número geral de componentes terapêuticos e rituais da medicina tradicional no Baixo Amazonas.

Os usos se dão em forma de chás ou infusão, xaropes, garrafadas, banhos, pomadas, emplastos e curativos, banhas e óleos, defumações e inalações. As partes utilizadas podem ser as folhas, a raiz, as cascas, a resina, o caule, o óleo, a semente, o leite, a flor (RODRIGUES & CARLINI, 2003). Estes usos podem estar associados a outras terapêuticas como comprimidos analgésicos e antitérmicos vendidos em farmácias. Também podem ser a complementação de cura do organismo que está debilitado por doença sobrenatural (quebranto, mau olhado ou olhada de bicho e inveja) e ter associações de componentes da fauna, como os óleos e banhas, escamas, espinhos e ossos, os quais serão descritos devidamente neste mesmo capítulo.

¹³⁷ A identificação consistiu em análise direta com nomes vernaculares e publicações relacionadas com estudos botânicos e etnofarmacobotânicos com grupos tradicionais do norte e nordeste brasileiros. Cabe ressaltar que a metodologia mais segura para a identificação consiste em colher amostras das espécies e analisá-las em laboratório, porém este não era o objetivo desta pesquisa. Também existem plantas mencionadas neste texto que não foram identificadas devido a falta na amostra. A tabela com todas as referências e identificações realizadas pelo Dr. Lautaro Hilbert, encontra-se no Anexo A desta pesquisa.

Os efeitos das plantas utilizadas para o uso medicinal, em sua grande maioria, são anti-inflamatórios, analgésicos, antimaláricos, antifúngicos, depurativos, antibacterianos, antibióticos, antitérmicos, tônicos, antioxidantes e cicatrizantes. É importante salientar que o número de receitas em que uma mesma planta pode ser componente pode variar entre 3 à 5 vezes. Neste sentido, as plantas que mais foram mencionadas em diferentes receitas e comunidades foram a folha da hortelã grande (*Mentha* sp.), o estoraque (não identificado), o mastruz (*Chenopodium* sp.), o algodão roxo (*Gossypium* sp.), a sucuba (*Himatanthus* sp.), o uxi amarelo (*Endopleura uchi* (Huber) Cuatrec), a casca da copaíba (*Copaifera langsdorffii*) e andiroba (*Carapa guyanensis* Aubl.), o batatão (*Ipomoea carnea* subsp. *fistulosa* (Mart. ex Choisy) D.F.Austin), o limão e o cipó unha-de-gato (*Uncaria guianensis* (Aubl). Para esta pesquisa, foram separadas 42 receitas com os mais diversos usos, que serão analisados neste capítulo

4.2.1 Plantas Medicinais e Doenças Naturais

Através das narrativas construídas entre os séculos XIX e XX e depoimentos concedidos a esta pesquisa, foi possível estimar as doenças com as quais a população do Baixo Amazonas mais conviviam, e conseqüentemente, quais plantas medicinais e receitas que foram e são utilizadas. Enfermidades como a gripe, leish (leishmaniose), isipa (erisipela), curuba (coceira), febre de enrolar (convulsão) e malina (derrame), espanto e encarangar, problemas na moleira (recém nascidos) pelos ramos de ar, tosse de guariba (tosse comprida e chiada) e catarreira, queimaduras por esponjas de água doce (cauixi), além das diarreias, malária, febre amarela, infecções das mais diversas, úlceras, doenças no sangue, inflamações de barriga, entre tantas que já foram abordadas no capítulo 3 desta tese.

As enfermidades do sistema respiratório como asma, bronquite, tosse da guariba, catarreira, gripes e sarampo, são as doenças com maior número de receitas para tratamento e cura. Para o sarampo toma-se o chá de sabugueiro (*Sambucus nigra* L.)¹³⁸. Para a gripe faz-se o xarope com casca de manga grande (*Mangifera* sp.) e hortelã grande (*Mentha* sp.)¹³⁹, xarope

¹³⁸ Receita extraída de depoimento de Ivanira Figueiredo, Comunidade Lago Sacurí, Oriximiná – PA, junho de 2016.

¹³⁹ Receita extraída do depoimento concedido pelo Sr. Daca, Comunidade Boa Vista do Lago Sacurí, Oriximiná – PA, junho de 2016.

de jucá (*Caesalpinia ferrea*) com estoraque (ajuda a soltar o catarro)¹⁴⁰ e limão assado com mel de abelha e alho. Também para a gripe toma-se e sua febre toma-se o chá da folha do eucalipto (*Eucalyptus* sp.) associado a um comprimido de Melhoral¹⁴¹.

Para tosse pode-se fazer um xarope com mastruz (*Chenopodium ambrosioides*), estoraque, hortelã grande (*Mentha* sp.), sumo do algodão roxo (*Gossypium* sp.), meia colher de andiroba (*Carapa guianensis* Aubl.), meia colher de banha de anta, de banha de galinha preta caipira, dois pingos de óleo de copaíba (*Copaifera langsdorffii*) e cebola, ferver e tomar¹⁴². A tosse de guariba, conhecida por ser comprida e chiada, é tratada com a folha da guaribinha (*Phlebodium decumanum* (Willd.) J. Sm.), além da pessoa doente ter que fazer o resguardo do frio e do sereno¹⁴³.

Para pneumonia usa-se a semente do cumaru (*Dipteryx odorata* (Aubl.) Willd.) casca da gomável (não identificada), casca de romã (*Punica granatum* L.) e mel de abelha. Para o pulmão o leite do amapá (*Brosimum parinarioides* Ducke) também é indicado¹⁴⁴, assim como a hortelã grande (*Mentha* sp.), manjerição (*Ocimum minimum* L.), amor-crescido (*Portulaca pilosa* L.) e mastruz (*Chenopodium* sp.) batido com leite moça e mel de abelha¹⁴⁵.

As dores de cabeça ou enxaquecas, chamadas de constipação ou cabeça pesada, são tratadas com a folha do limão e a folha do café. Deve-se colocar esta mistura com água tampada no sereno. Após, tomar o banho com esta e jogar na cabeça também¹⁴⁶.

As febres ocupam parte dos tratamentos com plantas medicinais também. Gastão Cruls (1973, p. 58) registrou o uso da casca da carapanaúba (*Aspidosperma nitidum* Benth. ex Müll. Arg.) para febres durante sua expedição pelo rio Trombetas na primeira metade do século XX. Entre os depoimentos desta pesquisa, foi mencionada a febre que enrolava a pessoa (convulsão) e também a de febre malina (derrame). Para esta é utilizado o chá do uturiá (não identificada), saracura-muirá (*Ampelozizyphus amazonicus*) e casca da mamoranã (não identificada)¹⁴⁷.

¹⁴⁰ Receita extraída do depoimento concedido por Dona Maria Enedina do Rosário, Comunidade Boa Vista do Lago Sacurí, Oriximiná – PA, junho de 2016. Também para a catarreira Gastão Cruls (1973, p. 58) indicava o xarope com o suco do jutaí travoso (*Hymenaea spp*).

¹⁴¹ Receita extraída do depoimento concedido por Dona Ivanilde Cardoso, Oriximiná, PA, julho de 2016.

¹⁴² Idem.

¹⁴³ Receita extraída do depoimento concedido de Seu Raimundo Guerreiro, Oriximiná, PA, junho de 2016.

¹⁴⁴ Receita extraída do depoimento concedido por Dona Ivanilde Cardoso, Oriximiná, PA, julho de 2016.

¹⁴⁵ Receita extraída do depoimento concedido de Dona Raimunda Maciel, Terra Santa, junho de 2016.

¹⁴⁶ Receita extraída do depoimento concedido por Dona Ivanilde Cardoso, Oriximiná, PA, julho de 2016.

¹⁴⁷ Receita extraída do depoimento concedido por Dona Zuleide Viana, Comunidade Quilombola Boa Vista, Oriximiná, PA, junho de 2016.

As doenças dermatológicas mais comuns são as sarnas, a catapora, casos de leishmaniose, queimaduras por sol ou por plantas e irritações de picadas de insetos¹⁴⁸. Encontrados em narrativas do começo do século XX, algumas plantas medicinais eram usadas para feridas, tais como a casca da manaiara (não identificada) cozida que era utilizada para lavar feridas, a folha da árvore de São Raimundo (*Harpagophytum procumbens* DC.) que era utilizada para unguentos e o urucu (*Bixa orellana*) que tratava as feridas da varíola (CRULS, 1973, pp. 58, 76, 89). Para a leishmaniose, os moradores da Comunidade Ascensão no Lago Sapucaá relataram que usavam a cinza da erva-do-passarinho (*Loranthaceae* sp.) nas feridas, as quais cicatrizam mais rápido. Também usam a medicação Glucantime aplicada no hospital, a qual serve para tratar a leishmaniose tegumentar ou visceral. A erva-do-passarinho (*Loranthaceae* sp.) também pode ser associada a casca travosa (não identificada), casca do caju (*Anacardium occidentale* L.) e amor-crescido (*Portulaca pilosa* L.) para fechar ferida aberta¹⁴⁹. A curuba (coceira) é tratada com banha de porco sem sal, enxofre e folha da castanha sapucaia (*Lecythis usitata* Miers)¹⁵⁰. Para tratar a sarna é indicado um banho com a folha do algodão roxo (*Gossypium* sp.) e bater com a vassourinha (*Bacopa* sp.) e passar no corpo todo. À noite, passar esta receita juntamente com andiroba (*Carapa guyanensis* Aubl.)¹⁵¹. Para tratar pano branco e impingem pode-se usar a andiroba (*Carapa guyanensis* Aubl.) e a folha murcha do tabaco, fazer uma compressa morna e colocar encima. Para impingem também pode-se usar a semente raspada da fava bolacha do igapó (não identificada) e colocar em 200 ml de álcool para 1 fava e passar no corpo¹⁵².

Doenças relacionadas ao sangue também são muito comuns. Assim, as anemias podem ser tratadas com chá do jenipapo (*Genipa Americana*) tomado puro ou fervido, ou com mel de abelha e saracura-muirá (*Ampelozizyphus amazonicus*)¹⁵³. Além desta, também pode-se fazer o xarope do caldo do jenipapo (*Genipa Americana*) com a raiz do açai (*Euterpe oleracea*), folha do abacate (*Persea americana* Mill. var *americana*), folha do cajurú (*Arrabidaea chica* V.) e casca da sucuba (*Himatanthus* sp.)¹⁵⁴. A diabetes é tratada com a casca cravoli (não identificada), folha do jambo (*Syzygium* sp.), nove folhas caídas do uxi amarelo (*Endopleura uchi* (Huber) Cuatrec) em 1 litro de água fervida. Deixar esfriar e colocar na geladeira, tomar

¹⁴⁸ Ver também o capítulo 2 desta tese sobre picadas de insetos e algumas formas terapêuticas.

¹⁴⁹ Receita extraída do depoimento concedido por Dona Raimunda Maciel, benzedora e consertadora. Terra Santa, PA, junho de 2016.

¹⁵⁰ Receita extraída do depoimento concedido por Seu Raimundo Guerreiro, Oriximiná, PA. Junho de 2016.

¹⁵¹ Receita extraída do depoimento de Dona Maria do Carmo Colé Viana, Comunidade Quilombola do Lago do Moura, Oriximiná, PA, junho de 2016.

¹⁵² Receita extraída do depoimento concedido por Seu Raimundo Guerreiro, Oriximiná, PA. Junho de 2016.

¹⁵³ Receita extraída do depoimento concedido por Dona Ivanilde Cardoso, Oriximiná, PA, julho de 2016.

¹⁵⁴ Receita extraída do depoimento concedido de Dona Raimunda Maciel, Terra Santa, junho de 2016.

3 vezes ao dia a medida de 3 dedos, após o sexto dia a diabetes estará normalizada¹⁵⁵. Também é muito indicada o chá pata de vaca (*Bauhinia acreana* Harms) para a diabetes.

Doenças como o câncer também são tratadas com plantas medicinais, aliadas aos tratamentos oficiais em rede de saúde pública. Para esta, faz-se um chá de 1 litro de leite e mel juntamente com a casca do assacu (*Hura crepitans* L.) e a folha da urtiga (*Urticaceae* Juss.), todos batidos em liquidificador¹⁵⁶.

As enfermidades do fígado e dos rins também tem terapêuticas nas plantas medicinais. Assim, para a icterícia Gastão Cruls (1973, p. 58) anotou a indicação das folhas do tarumazeiro (não identificada). Para a hepatite usa-se o chá de geladeira composto por cajirú (*Arrabidaea chica* V.), casca do côco, folha da mutuquinha (*Justicia pectoralis*) e folha do abacateiro (*Persea americana* Mill. var *americana*). Além disso, indicam comer mais doce, como a goiabada e o leite moça¹⁵⁷. Para o fígado faz-se um chá da casca da carapanaúba (*Aspidosperma nitidum* Benth. ex Müll. Arg.), sacaca (*Croton cajucara*) e boldo (*Gymnanthemum amygdalinum* (Delile), a planta toda¹⁵⁸. Para as pedras nos rins e vesícula, usa-se o chá da raiz do bambu (*Bambusoideae*) que deve ser tomado por água. As infecções urinárias são tratadas com as sementes de melância (*Citrullus lanatus*), raiz da vassourinha (*Bacopa* sp.) e casca da copaíba (*Copaifera ulatifuca* Haine e Desp.)¹⁵⁹.

Doenças do sistema reprodutor são em sua maioria tratadas com plantas medicinais com ação anti-inflamatória, como por exemplo o uso de cascas para a inflamação do útero ou ovário como o barbatimão (*Stryphnodendron barbatiman*), saratudo (*Byrsonima* sp.), unha-de-gato (*Uncaria guianensis* (Aubl), verônica (*Veronica persica* L.), ipê roxo (*Tabebuia heptaphylla* Vell), casca de copaíba (*Copaifera ulatifuca* Haine e Des.), cumaru (não identificada) ou sucuba (*Himatanthus* sp.) e batatão (*Ipomoea carnea* subsp. *fistulosa* (Mart. ex Choisy) D.F.Austin). Após ferver todos juntos, fazer a garrafada. Também para a inflamação da barriga (pólipo) pode-se usar só a garrafada da casca do batatão (*Ipomoea carnea* subsp. *fistulosa* (Mart. ex Choisy) D.F.Austin). Essa garrafada ajuda a engravidar¹⁶⁰. Porém, o chá de cabacinho (*Luffa operculata* (L.) Cogn.) é indicado para fazer o inverso. É

¹⁵⁵ Receita extraída do depoimento concedido por Dona Ivanilde Cardoso, Oriximiná, PA, julho de 2016.

¹⁵⁶ Idem. Também pode-se usar a folha e a raiz da urtiga para o tratamento do câncer e reumatismo.

¹⁵⁷ Receita extraída do depoimento concedido por Seu Raimundo Guerreiro, Oriximiná, PA, Junho de 2016. Esta mesma receita associada a unha de gato, também foi indicada pelo Sr. Daca, Comunidade Boa Vista do Lago Sacurí, Oriximiná – PA, junho de 2016.

¹⁵⁸ Receita extraída do depoimento concedido por Dona Ivanilde Cardoso, Oriximiná, PA, julho de 2016.

¹⁵⁹ Idem.

¹⁶⁰ Idem.

considerada uma planta abortiva assim como a bucha redonda escura (não identificada)¹⁶¹. O barbatimão (*Stryphnodendron barbatiman*) é uma planta que no século XIX seu uso já era recriminado pela sociedade, pois podia fazer com que qualquer “desvirtuosa” pudesse enganar um homem ao se declarar virgem quando não era (RAGO, 1987), já que era conhecida como a casca da virgindade ou casca da mocidade¹⁶².

Segundo Hoehne (1939, p. 247), essa planta foi descrita por Gabriel Soares Souza (SOUZA, 1974) no século XVI, por Guilherme Piso (1948, p. 104, 325) no século XVII e por Bernadino Antonio Gomes (1972, CXXXI) no século XIX, sendo que este descreveu-a destacando suas virtudes medicinais, salientando que por ser uma planta medicinal indígena, seu uso foi difundido, sendo vendida pelas boticas dos jesuítas no período do Brasil Colonial e permanecendo até os dias atuais a medicina popular em todo o Brasil (ARRUDA CAMARGO, 1998, p. 87).

Doenças como hemorroidas e corrimentos podem ser tratados com banhos de asseio feitos com a casca de cajuazeiro (*Anacardium giganteum* W.Hancock ex Engl.), casca do uxi amarelo (*Endopleura uchi* (Huber) Cuatrec), casca da sucuuba (*Himatanthus* sp.) e raiz de cipó-feno (não identificada). Já para as cólicas menstruais usa-se o chá de salva de Marajó (*Hyptis crenata* Pohl ex. Benth) e dose homeopática de arsênico¹⁶³.

E, por fim, os cuidados com a infância também são muito recorrentes, principalmente no que se refere as verminoses. Assim, usa-se o chá da flor do mamão macho (*Carica papaya* L.) e a farinha do batatão (*Ipomoea carnea* subsp. *fistulosa* (Mart. ex Choisy) D.F.Austin), que se coloca na comida da criança. Essas duas receitas colocam fora todo tipo de verme¹⁶⁴. Também se tem o cuidado com as diarreias tratadas com o chá da folha da goiabeira (*Psidium guajava* L.)¹⁶⁵.

¹⁶¹ Receita extraída do depoimento concedido por Seu Raimundo Guerreiro, Oriximiná, PA. Junho de 2016. A bucha redonda escura tem propriedades analgésicas e abortivas.

¹⁶² “Pode ser usado externamente como cicatrizante, na forma de cozimento da casca, ou na forma de pó, que se obtém da mesma, triturada e peneirada. Usa-se, ainda, o cozimento em irrigações vaginais para simular a virgindade. Por essa razão, chamam-na casca-da-virgindade ou casca-da-mocidade. Na medicina popular, geralmente não é recomendado o uso interno, por se julgar planta tóxica, embora alguns indiquem o decocto da mesma para tratamento de diarreias e úlceras de estômago” (ARRUDA CAMARGO, 1998, p. 87).

¹⁶³ Receita extraída do depoimento concedido por Dona Ivanilde Cardoso, Oriximiná, PA, julho de 2016.

¹⁶⁴ Idem.

¹⁶⁵ Receita extraída do depoimento concedido por Seu Raimundo Guerreiro, Oriximiná, PA, junho 2016.

4.2.2 Partes animais para cura de doenças naturais

Muitas receitas caseiras e as manipuladas pelos curadores também utilizam elementos constituintes animais, sendo alguns deles, associados a chás, emplastos, banhos entre outros. Alguns destes elementos são utilizados em formas de banhas. Estas mesmas são comercializadas nos mercados populares e também sob encomenda. As banhas mais utilizadas pela população do Baixo Amazonas são a banha da anta, banha da capivara, a banha da onça, a banha de porco. Em sua grande maioria, as receitas com o uso de banhas são para o uso no tratamento de doenças respiratórias.

A banha de galinha associada folha murcha do mavaresco (não identificada) e a andiroba (*Carapa guyanensis* Aubl.), que servem para ajudar a “puxar” (diminuir/expulsar) a erisipela¹⁶⁶. A banha da mucura (gambá) é usada com massagem no pé da barriga da gestante para diminuir as dores da contração do parto¹⁶⁷. A banha de porco e a banha de onça são utilizadas para curar e tratar doenças respiratórias como asma e bronquite. Podem ser usadas com ervas medicinais associadas, tais como as folhas de hortelã (*Mentha* sp.) e eucalipto, onde são feitas em forma de chá. A banha de sucuriú juntamente com a andiroba (*Carapa guyanensis* Aubl.), copaíba (*Copaifera altifuca* Haine e Desp.) e mel de abelha serve para cicatrizante e cura tosse e dor no estômago¹⁶⁸.

Outros elementos podem ser encontrados em forma de óleos. São utilizados também como unguentos, cataplasmas, curativos e pomadas. Também pequenas doses podem ser ingeridas através de gotas contadas com receitas de chás e gotas aplicadas nos ouvidos. Entre os óleos mais utilizados estão o óleo de sucuriú, que tem função cicatrizante e pode ser usado nas feridas para ajudar a fechar. O óleo de jacaré, que associado ao cipó caar (não identificada), copaíba (*Copaifera altifuca* Haine e Desp.) e andiroba (*Carapa guyanensis* Aubl.) servem, em mistura morna, para fazer fricção nos membros do corpo de pessoa que apanhou “ramo de ar”, se espantou e acabou se encarangando (entrevando)¹⁶⁹.

A resinas conhecida como Breu Branco do sapo-canuarú, é utilizada em inalações contra as dores de cabeça, conforme indica Dona Ivanilde Cardoso (Oriximiná, PA, 2016).

¹⁶⁶ Receita extraída do depoimento concedido por Seu Jarbas Gato, Comunidade Aimim do Lago Sapucua, Oriximiná, junho de 2016.

¹⁶⁷ Depoimento de Dona Maria do Carmo Colé Viana, Comunidade Quilombola Lago Moura, junho de 2016.

¹⁶⁸ Receita extraída do depoimento concedido por Dona Raimunda Maciel, benzedora e consertadora. Terra Santa, PA, junho de 2016.

¹⁶⁹ Receita extraída do depoimento de Dona Enedina do Rosário, parteira e agricultora aposentada, na Comunidade Boa Vista do Lago Sacurí, Oriximiná – PA, junho de 2016.

Segundo Eliane Rodrigues (2003), o breu branco é a saliva solidificada do sapo-canuarú, e cientificamente chama-se exsudado.

O uso das escamas de jaboti pode ser associado a cortiça queimada, ao sumo da árvore do açai e o sumo do algodão roxo, ajudam a estancar hemorragias. Foi muito utilizado entre os quilombolas, segundo a Dona Zuleide Viana (Comunidade Quilombola Boa Vista, Oriximiná, 2016).

4.2.3 Plantas medicinais e usos rituais

Entre o domínio dos conhecimentos sobre o mundo físico e sobrenatural, as adoções de terapêuticas através de ervas medicinais, e possivelmente rituais, no Baixo Amazonas, são utilizadas. Quando as doenças físicas saem da esfera das explicações do mundo físico, estas serão tratadas com a ajuda dos curadores que trabalham com a união mágico e religiosa. Neste cenário, as doenças podem ser tratadas por rezas, benzições, defumações, banhos e afastamento do mal. A partir dos depoimentos dos moradores entre as cidades pesquisadas e comunidades de ribeirinhos e quilombolas, foi possível perceber quais são as principais plantas utilizadas tanto para cura física como para cura sobrenatural.

Algumas destas e seus usos em rituais foram descritas por pesquisadores que as separam em três blocos distintos, tais como os indígenas, os afro-brasileiros e os colonizadores. Contudo, nesta pesquisa, abordaremos o assunto em um único espaço, o da medicina tradicional da região, pois traçar todas as origens de cada planta e seus usos por determinados grupos separadamente, seria cristalizar os conhecimentos dos grupos amazônicos, bem como as dinâmicas das relações de escolhas terapêuticas, além das trocas culturais entre estes mesmos. Todavia, estudos anteriores sobre plantas utilizadas em rituais no Brasil ressaltam a presença “de espécies conhecidas desde os primórdios do cristianismo e, mesmo, de tempos que o antecederam. Tais plantas são a mirra, incenso e estoraque, empregadas em rituais afro-brasileiros” (ARRUDA CAMARGO, 1998, p. 28). Outras plantas mencionadas nos usos rituais brasileiros, como por exemplo, o alecrim (*Rosmarinus officinalis* L.), já era mencionada com todo o seu prestígio nos relatos do Santo Ofício, dado seu uso em rituais na bruxaria europeia (Idem, p. 29), também foram relacionadas aos estudos de plantas rituais trazidas pelos portugueses ao Brasil.

Muitas destas, além de trabalharem com as atribuições de proteção e limpeza espiritual de corpos ou ambientes, podem combater o cansaço e a insônia, inibir a sensação de fome, aumentar o estímulo sexual ou anulá-lo, podem provocar a depressão e euforia. “Suas propriedades, ingeridas, fumadas, cheiradas, ou passadas sobre a pele são ou escarificada, com o status de sagradas, têm sido popularizadas em ambientes religiosos ou não, do mundo todo” (ARRUDA CAMARGO, 2006, p. 396).

Partes dos vegetais podem ser utilizadas em rituais. Entre as partes relatadas encontram-se os caroços ou sementes, galhos, folhas, espinhos e dentes. Entre as plantas utilizadas para rituais mencionam-se o estoraque, a sacaca, o pau de angola, o dente de alho, a saracura-muirá. Todos estes podem ser usados em defumações para afastar mau olhado e todo o tipo de atrasos na vida, além de servirem também, como amuletos para a casa e corpo, como por exemplo, os amuletos com dentes de alho e figas com pau de angola. A casca da envirataia é utilizada para fazer a defumação em rituais de proteção e “fechamento do corpo” contra os sentimentos de inveja e atrapalhos da vida, assim como as ervas como estoraque, a sacaca e a saracura-muirá. Em todas as casas de aconselhamento espiritual, encontra-se um pedaço de casca da envirataia sendo defumada.

A paxiubinha, como já mencionada, é a folha de uma palmeira utilizada em ritual para tirar a panema (azar) dos cães que ajudam a caçar. É de uso difundido entre os quilombolas de Oriximiná (PA). Também mencionado entre os quilombolas, o caroço do uxi é usado em rituais contra as forças dos encantos. Conforme o depoimento do Senhor Claudemiro Colé Viana (Comunidade Quilombola do Abuí, Oriximiná, PA, 2016), em que ele “defendeu a sombra de um menino. Sacudi 23 caroços e nos dois últimos, deu um estrondo no fundo do rio. Boiou o decacaía, um grande peixe marrom”, o qual perdeu a sombra do menino e este voltou ao normal.

O galho de peão roxo, segundo Dona Maria Seixas Ramos (Comunidade Ascensão, Lago Sapucúá, Oriximiná, PA, 2016) relata que seu uso era “para lavar o corpo da pessoa para espantar o espírito dela”, isto é, espantar algum tipo de espírito que não era o dela. Outro banho com o galho do peão roxo era feito contra o mau olhado. Segundo o Senhor Jarbas Gato (Comunidade do Aimim, Lago Sapucúá, Oriximiná, PA, 2016), o banho consiste em pegar a folha do peão roxo, água benta, folha da planta santa rosa, cuia mansa e sal doméstico. Preparar todos os elementos juntos e banhar-se. A vassourinha também é muito utilizada para as benzições das pessoas em rituais contra o quebranto e mau olhado, lavagem do corpo e da

casa. Usam seu galho inteiro. É de uso muito difundido entre os ribeirinhos dos lagos Sacurí e Sapucuá, além do uso na cidade de Oriximiná.

Por fim, tendo visto que os usos de plantas que podem contêm atributos medicinais, também podem ser utilizadas em rituais, isto porque, muitas destas guardam “no interior de suas mais escondidas estruturas substâncias que são elaboradas e secretadas; outras (...) liberam, ao simples toque, essências tão extraordinariamente inebriantes (...) que, ao se volatizarem, sobem com todos seus poderes e mistérios à morada dos deuses” (ARRUDA CAMARGO, 1998, p. 60).

4.2.4 Partes animais constituintes para rituais

Algumas partes ou pequenos elementos de alguns tipos de animais também são usados em receitas como forma de atrair ou proteger pessoas, casas e até mesmo as atividades como a caça e pesca de moradores nas áreas mais afastadas. Assim, como já mencionado neste capítulo, o **fígado da caça** macerado juntamente com pimenta e dado sobre peito do pé do caçador para um cachorro danado comer, serve para tirar o azar (panema) do caçador, dos seus instrumentos e de seus ajudantes (Seu José Lopes, Comunidade Quilombola Lago Moura, Oriximiná, 2016).

As defumações com os **ossos de surucucu-pico-de-jaca** e **espinhos de porco espinho**, que podem ser associadas a casca da envirataia, para espantar a inveja e traz proteção (Dona Ivanilde Cardoso, Oriximiná, de 2016).

O **pó de chifre de bode**, que pode ser associado com o alho, com a banha da mucura (gambá), com a borra do café, com a andiroba e copaíba, e que servem para curar o mau ou olhada de cabuanã, um encante que fica nos rios e que deixa a pessoa com dores no corpo.

4.2.5 Banhos de cheiro e garrafadas para atrativos

Enquanto na Europa dos séculos XIX e princípios do século XX, o uso de perfumes e fortes aromas serviam para corrigir os humores e limpar os ambientes, afastando as doenças físicas por seus determinados cheiros fortes, para os amazônidas, os cheiros fortes podiam

afastar os sentimentos negativos de inveja, de mau olhado e de olhada de bicho, todos estes que trazem também doenças, porém de cunho sobrenatural.

Inseridos neste contexto, entre tantos usos das plantas no Baixo Amazonas, um dos mais mencionados é o uso de ervas aromáticas para banhos. “Quer para proteger ou purificar o corpo, a casa e até mesmo alguns objetos, o banho de cheiro é usado indistintamente por todas as camadas da região”. (FIGUEIREDO, 1983, p. 7). Para Napoleão Figueiredo (1983), por se tratar de algo tão popular e de amplo conhecimento desta população, “não há um receituário estabelecido: juntam-se folhas, cascas, flores, raízes, essências e resinas” (Idem). Entre os seus atributos estão “o poder de conservar a felicidade, destruir o *caiporismo* (azar), afastar os *enguiços* (obstáculos), readquirir os favores do jogo (cartas, “bicho”, loterias, etc.) e proteger contra o *mau-olhado* ou olho-gordo” (Idem).

São encontrados em diversos pontos comerciais, mas também podem ser preparados em casa ou por curadores. Neste sentido, Dona Maria do Carmo Colé Viana (Comunidade Quilombola Lago Moura, Oriximiná, 2016) traz em seu depoimento uma receita de banho que se pode fazer “para a criança que não é bonita e nem feia, que não atrai a simpatia das pessoas. Segundo ela, deve-se utilizar folhas de sândalo, manjerição, açúcar, anuzinho. Deve colocá-las na água e no sol, pois a “quentura” do sol e dar o banho na criança para que ela se torne galante, agradável, querida”.

Desta forma, há um momento em que o homem e o vegetal estão totalmente separados; outro, por ocasião da manipulação dos banhos aromáticos, em que o homem se confunde com os vegetais, e finalmente um último, onde se separa definitivamente deles, quando os vegetais cumprem o seu destino, o de serem consumidos por ocasião dos banhos, desaparecendo no meio do humano (FIGUEIREDO, 1983, p. 19).

Os banhos de cheiro também podem devolver a sorte ao homem empanado, atrair o amor de alguém, traz boa sorte em negócios e assim por diante. Para isso, se o banho for obtido via comércio, deve-se procurar por preparados com nomes específicos como “Banhos de Sorte”, “Banho de Cheiro”, “Banho da Felicidade”.

Os banhos conhecidos como os de limpeza são confeccionados com plantas como “comigo-ninguém-pode, buiuçu, afasta-espírito, desempata e vence-tudo. Os banhos de proteção são feitos com as seguintes plantas: chama, catinga-de-mulata, bergamota, arataciú, afasta-espírito e priprioica” (FIGUEIREDO, 1983).

Os banhos atrativos são os conhecidos como “Preparado do carrapatinho” para o casal ficar grudadinho, “Preparado Aranha Rica” para atrair dinheiro e negócios em geral, “Preparado do sexo do boto” para atrair mulheres, “Preparado da “Jiboia Branca” para atrair negócios, “Preparado do sexo da bota” para atrair homens, dinheiro e negócios em geral, , “Preparado Pega e não me larga”¹⁷⁰, “Preparado corre atrás de mim” com as plantas: patchuli, uirapuru, folha-da-fortuna, chega-te-a-mim, general e jasmim-de-santo Antônio” (FIGUEIREDO, 1983, p. 16).

Assim como a medicina tradicional possui uma diversidade de terapêuticas, tanto com ervas medicinais e/ou, associadas a um curador, para determinadas doenças físicas ou espirituais, as fórmulas como os banhos, por exemplo, vem de maneira a atrair a boa sorte, o amor e até a proteção. Aliado a isso, não somente os banhos, defumações, rezas e rituais tem o poder de atrair ou afastar o bem e o mal, mas também os atributos de amuletos, ídolos e estatuetas já designavam para o que serviam, evidenciando-nos sua importância e seus usos entre os grupos étnicos do passado do Baixo Amazonas e suas releituras na atualidade, como veremos no capítulo 5 desta pesquisa.

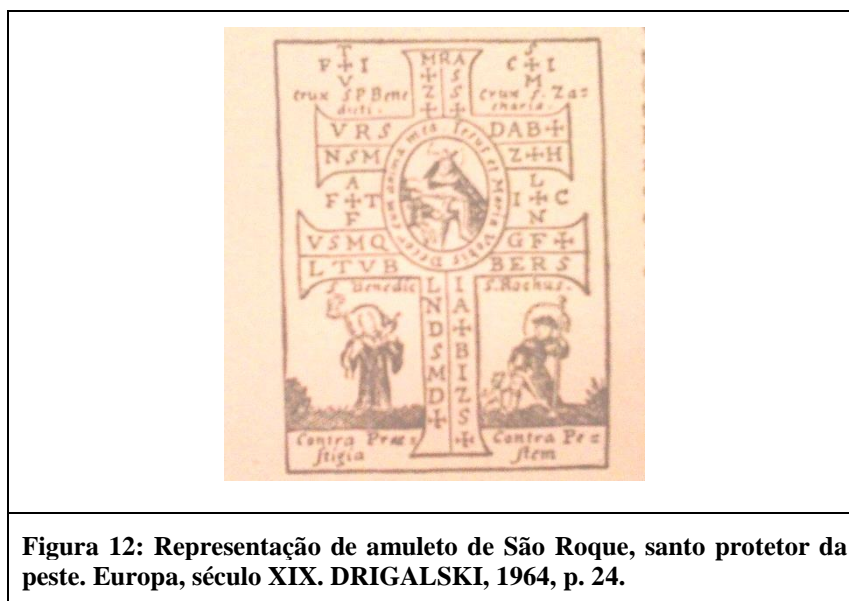
¹⁷⁰ Nomes dos preparados e outros tipos de banhos, além de outros elementos que compõem os rituais de atração e proteção como velas e incensos, podem ser encontrados em lojas de linhas da Umbanda e casas comerciais de produtos tradicionais na cidade de Oriximiná e Santarém.

5. AMULETOS, ÍDOLOS E ENCANTARIAS

Partindo do pressuposto de que uma sociedade que acredita nas forças e nos entraves entre o bem e no mal, e que estas forças podem ser atuantes nas condições físicas e espirituais de um indivíduo, abrimos um leque para diferentes interpretações sobre as práticas ritualísticas realizadas para retomar o equilíbrio deste organismo. Estas, em grande parte, evocam o mundo espiritual para o afastamento, proteção e quebra do mal, podendo ser destas uma ou todas as três opções, conforme for o caso específico do indivíduo. Para tanto, é necessário que ocorra a identificação dos sinais ou sintomas, para que haja a distinção entre doença física e doença de cunho sobrenatural, ou até mesmo, a manifestação da doença física como consequência das forças sobrenaturais. Tal distinção auxiliará o curador a exercer a arte de curar e a utilizar não somente seu conhecimento das ervas medicinais e benzições, mas também a trabalhar conjuntamente com amuletos que protegem e curam o indivíduo destas manifestações sintomáticas sobrenaturais.

Por séculos o uso de amuletos e talismãs¹⁷¹ vem sendo difundido nas mais diversas culturas. Os antigos egípcios usavam a figura do escaravelho sagrado Khepri. Os cristãos utilizavam a Bíblia e o crucifixo para a proteção de pessoas acamadas. As runas usadas pelos escandinavos e anglo-saxões eram para trabalhar contra o mal e bruxaria. Os antigos celtas utilizavam o trevo de quatro folhas para atrair boa sorte. Na região de Tirol, o som dos pequenos sinos em janelas ou portas afastavam os demônios. Na Idade Média, na cultura ocidental, o pentagrama teve a reputação de amuleto para atrair riqueza e amor, e proteger contra inveja e infelicidade. Também há menções do uso de amuletos para proteção contra doenças na Idade Média e Moderna na Europa, durante a peste e assim como as epidemias que se seguiram já no século XIX, as quais não tendo explicações científicas “que interpretassem os contágios e a grande taxa de mortalidade, os europeus lutavam contra os miasmas e seus ares doentios, além de se protegerem “ com medalhas bentas, os amuletos, as operações de feitiçaria e de mágica, como também os remédios tirados de sapos e serpentes” (DRIGALSKI, 1964, pp. 24-25).

¹⁷¹ Os amuletos são objetos consagrados através de magia e usados junto ao corpo. Possui um vínculo com o usuário e ao santo (símbolo retratado). Geralmente são anéis, corrente e medalhas (chapa metálica redonda e gravada com símbolos). Já os talismãs, são objetos com poder sobrenatural e de proteção imantados com força magnética. Atribui-se o poder sobrenatural ou a realização dos desejos ao usuário. Podem ter formas aparentemente funcionais ou decorativas como cálices, adagas, esculturas, gravuras ou máscaras.



Cabe ressaltar que o uso de amuletos no Brasil entre o final do século XIX e princípios do século XX, como meio de cuidar/proteger a saúde, principalmente de crianças, foi muito perseguido pela intelectualidade médica da época, como salienta Margareth Rago (1985, p. 128):

Os médicos insurgem-se contra o costume “absurdo” de se levar crianças ao Gasômetro para receber os vapores do gás de iluminação para curar a coqueluche; contra os banhos ou mesmo a ingestão de sangue no matadouro para se vencerem as anemias; contra a prática do uso do camarão cru esfregado na gengiva da criancinha para facilitar a dentição, sem falar nos amuletos feitos de fragmentos de sabugo de milho, os colares de caroço de feijão, os caroços de azeitona, a cabeça de casca de abóbora, os búzios ou os colares de dentes de animais, pendurados no pescoço dos nenês (RAGO, 1985, p. 128).

Inseridos neste contexto nacional e mais precisamente amazônico, foi possível perceber a grande presença de amuletos e de réplicas de estatuetas e antigos ídolos tapajônicos, em seus mais diversos usos e confecção em matérias primas, desde os mais antigos já mencionados pelos primeiros viajantes e cronistas, até a atualidade. Muitas destas réplicas são vendidas em feiras e lojas comerciais, doados e benzidas, herdadas ou encontradas (sítios arqueológicos), favorecendo e transmitindo as histórias e crenças destas comunidades para além do tempo presente.

Relacionados a um cenário de festas ou rituais dos antepassados nesta região, os registros das pesquisas¹⁷² e coleções arqueológicas como a Tapajônica, Santarém, Sandrê e Harald Schultz, do Museu Paulista e Banco Santos, pertencentes atualmente ao Museu de Arqueologia e Etnologia da Universidade de São Paulo (MAE-USP), relacionam alguns objetos específicos da cultura material que auxiliaram na cura e proteção contra doenças, além do afastamento do mal e infelicidade. Alguns destes foram descritos os cachimbos, os banquinhos, os chocalhos, os amuletos em pedra, cerâmica ou partes de animais. Todos estes foram de uso acompanhados de rezas, assopros e defumações.

5.1 MUIRAQUITÃS, CONTAS E OUTROS AMULETOS CONTEMPORÂNEOS

Juntamente com as pesquisas realizadas nas obras dos cientistas do século XIX e XX¹⁷³, além do levantamento bibliográfico da cultura material das escavações e coleções arqueológicas, como já citadas, e somadas as experiências e usos das comunidades do Baixo Amazonas, pertencentes ao recorte geográfico desta pesquisa, podemos identificar algumas das funções mágico-religiosas, assim como a matéria prima, dentro de uma cadeia simbólica pertencente aos conhecimentos dos curadores locais. Relacionando os antigos rituais aos do presente, foi possível classificar a cultura material destes rituais de proteção e cura como amuletos líticos e cerâmicos, amuletos da flora e da fauna, uso de cachimbos cerâmicos e cigarros de tauari, ídolos de pedra e cerâmica e réplicas atuais, rituais com componentes vegetais, animais e minerais, uso de plantas medicinais e rezas. Todos estes elementos encontram-se dentro de uma complexa cadeia de cultura destas comunidades, onde se juntam as dificuldades e doenças do tempo presente com as respostas dos conhecimentos dos antepassados, podendo estes serem herdados via tradição oral ou pelo conhecimento compartilhado entre culturas.

¹⁷² Ver GUAPINDAIA, V. **Além da Margem do Rio: a ocupação Konduri e Pocó na região de Porto Trombetas, PA**. Tese de Doutorado: Museu de Arqueologia e Etnologia da Universidade de São Paulo (MAE-USP), 2008. Ver também GOMES, D. M. **Cerâmica Arqueológica da Amazônia: Vasilhas da Coleção Tapajônica MAE-USP**. São Paulo, Edusp, FAPESP: Imprensa Oficial, 2002. Ver também HILBERT, P. P. **A cerâmica Arqueológica da Região de Oriximiná**. Publicações do Instituto de Antropologia e Etnologia do Pará, 1955, pp. 1-76. Ver também HILBERT, P. P. & HILBERT, K. **Resultados Preliminares da Pesquisa Arqueológica nos Rios Nhamundá e Trombetas, Baixo Amazonas**. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi (MPEG), n° 75, 1980, pp. 1-14.

¹⁷³ Ver BARATA, F. **Uma análise estilística da Cerâmica Santarém**. Separata. Cultura, n° 5. Instituto de Antropologia e Etnologia do Pará. Ministério da Educação e da Saúde/Serviço de Documentação, 1953. Ver também BARBOSA RODRIGUES, J. **Exploração e Estudo do Valle do rio Amazonas – Rio Tapajós**. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1875. E, BARBOSA RODRIGUES, J. **O Muyrakitã e os Ídolos Simbolicos**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1889.

Os amuletos eram elaborados em pedra, no caso dos mais estimados, e representavam as formas de peixe, de serpentes, de pássaros, de lagartos, de onças, de antas, sendo que, a forma mais representada e conhecida foi a de um sapo ou suas estilizações batraquianas. Também foram representadas formas abstratas, humanas e em simples contas. Outras representações de espécies como as aves aquáticas, tatus e jacarés são raras. Todos estes animais têm conotações femininas, ou relacionados ao mundo subterrâneo, muito fortes (BOOMERT, 1987).

Estes amuletos, ora também denominados pingentes, dada a sua funcionalidade, integra a categoria de adorno corporal em algumas coleções arqueológicas como a Sandrê do Instituto Cultural do Banco Santos (MAE-USP), e tem sua descrição como artefato lítico cerimonial. Esta última caracterização, para este estilo de peça, a define em um cenário de crenças das populações indígenas pré-coloniais, mas que ainda se estendem a atualidade pelas populações ribeirinhas, como sendo um amuleto que traz boa sorte a quem o carrega.

Conforme as narrativas de Mauricio de Heriarte (1662), assim como os registros de Barbosa Rodrigues (1889), a estes muiraquitãs eram atribuídos o poder de curar e produzir doenças, devendo a ação deste estar relacionada ao contato com o corpo do enfermo. O uso destes, quer seja para a proteção, quer seja para a cura, também podia desempenhar o papel de distinção social entre grupos indígenas no Brasil, como os Jamundá e Tapajó¹⁷⁴, por exemplo (HERIARTE, 1662, pp. 35-39; BARBOSA RODRIGUES, 1889, p. 100; BOOMERT, 1987; PORRO, 2007, p. 156).

Baseados em lendas da região, onde as indígenas Icamiabas, também conhecidas por nome Amazonas, em determinadas noites do ano praticavam o ritual de descer ao leito de um grande lago banhado pela luz da lua e lá, encontravam pequenos objetos em pedra verde (jade) que traziam a superfície consigo. Estas peças eram os muiraquitãs e estes, segundo as lendas, eram dados de presente ao indígena que elas escolhiam para ser o pai de suas filhas. Também há versões desta lenda onde a forma do muiraquitã se dava através do contato do sangue da Icamiaba com os seres do fundo do rio, ficando eles encantados e conservados para sempre em forma de amuleto. As histórias sobre a origem lendária dos muiraquitãs eram tão correntes, que até mesmo Mauricio de Heriarte (1662) registrou em sua narrativa que:

¹⁷⁴ Ver NIMUENDAJU, Curt. **Os Tapajó**. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi, vol. X, Belém: MPEG, 1949. Ver também GUAPINDAIA, V. L. C. **Fontes Históricas e Arqueológicas sobre os Tapajós. A coleção "Frederico Barata" do Museu Paraense Emílio Goeldi**. Universidade Federal de Pernambuco: Recife, 1993.

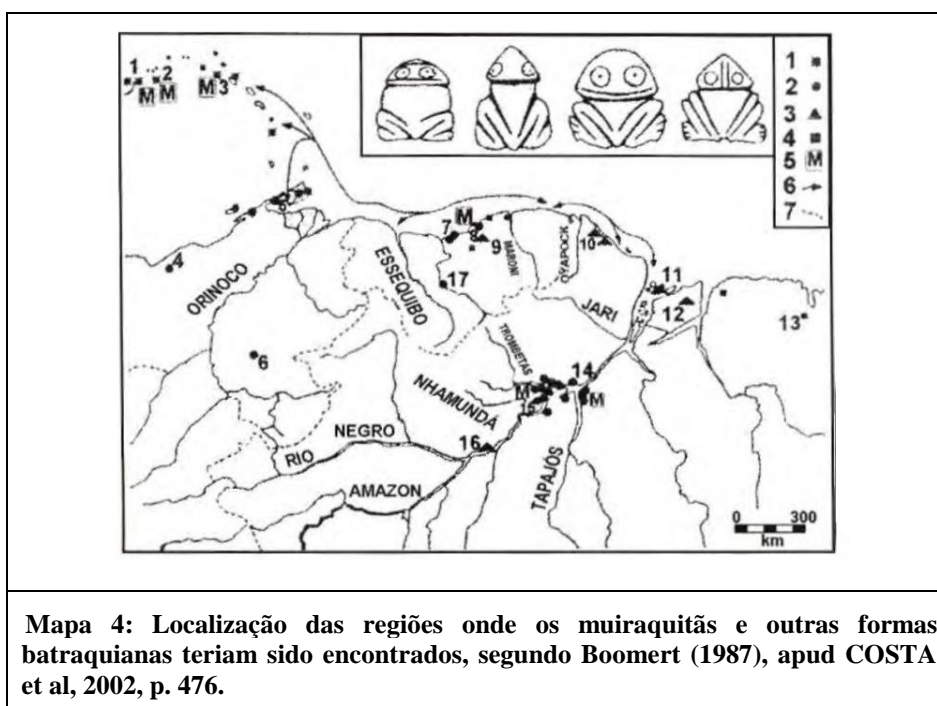
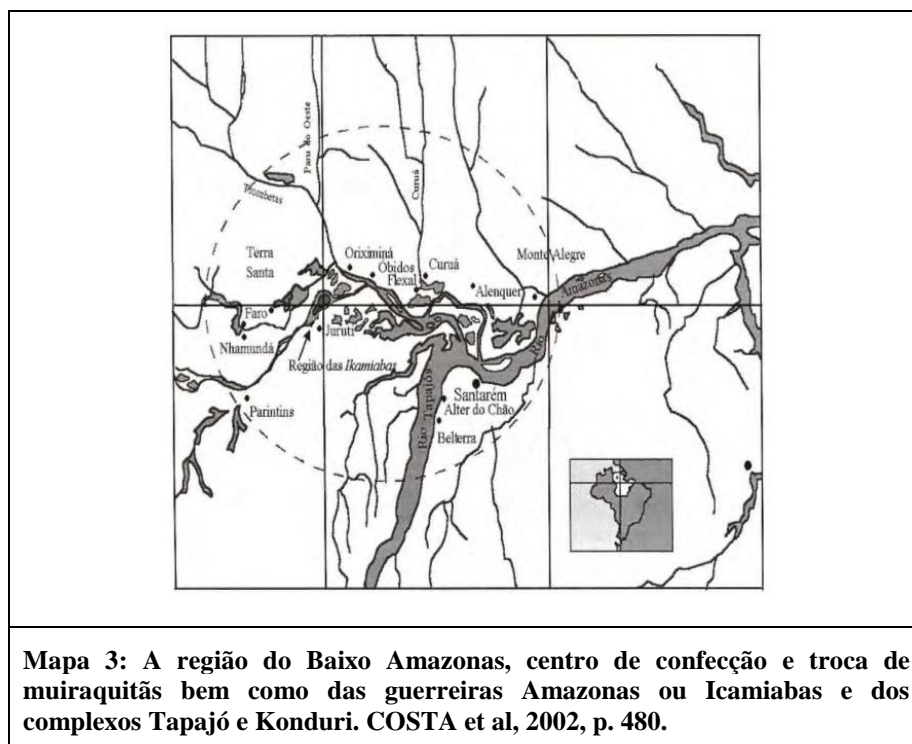
Athé esta provincia chegam náos de alto bordo, e por este rio dos Tapajós vam quatro jornadas a resgatar madeiras, redes, orucús, e pedras verdes, que os índios chamam buraquitas, e os estrangeiros do norte estimam muito; e commummente se diz que estas pedras se lavram, n'este rio dos Tapajós, de um barro verde, que se cria debaixo da agoa, e debaixo d'ella fazem contas redondas e compridas, vazos para beber, assentos, passares, rãs e outras figuras; e, tirando-o feito debaixo da âgoa, ao ar, se endurece o tal barro de tal maneira que fica convertido em mui duríssima pedra verde: e he o melhor contracto destes Indios e d'elles mui estimado (HERIARTE, 1662, p. 37).

Em outro tipo de história, ocorre uma das tentativas de se explicar a presença da pedra verde nesta região, pois até então, o jade era conhecido em regiões asiáticas, e para estes grupos, as pedras verdes possuem virtudes medicinais e espirituais, justificando assim, o seu uso como amuletos. Este fator produziu algumas teorias sobre possíveis redes de contato e troca de objetos e matéria prima entre os grupos étnicos asiáticos e amazônicos. Obviamente, essa teoria não vingaria dentro da academia e tão logo foi descartada (COSTA et al., 2002).

Com os registros destes pequenos objetos por Barbosa Rodrigues (1889) no final do século XIX no Baixo Amazonas, iniciou-se um mapeamento das zonas onde houve o maior número de peças encontradas, além das atribuições ou virtudes que estes amuletos tinham para estes grupos, e que para eles:

O Muyrakytã era um talisman, tanto que com dificuldade, mesmo antes da minha procura, cediam porque ligam-lhe virtudes imaginarias, perpetuadas pela tradição. Elle cura a collica-nephritica, a epilepsia, a esquinência, as moléstias do fígado, dá leite, e torna respeitado a quem o traz consigo. D'ahi lhe veio também o nome de pedra nefrítica e a pedra de la hijada, que originou o de jade. Joan Curvo Semedo na sua Polyanthea medicinal, publicada em 1725, diz que a pedra de la hijada é boa para “deitar as arêas e as pedras dos rins” assim como La Condamine também diz que com o nome de Pierra Divine escreveram um tratado sobre essas pedras, consideradas therapeuticamente. No Peru, disseram-me, que as mulheres gravidas o trazem ligado á barriga, para que os filhos ao virem ao mundo, não apresentem de beiços rachados! (BARBOSA RODRIGUES, 1889, p. 100).

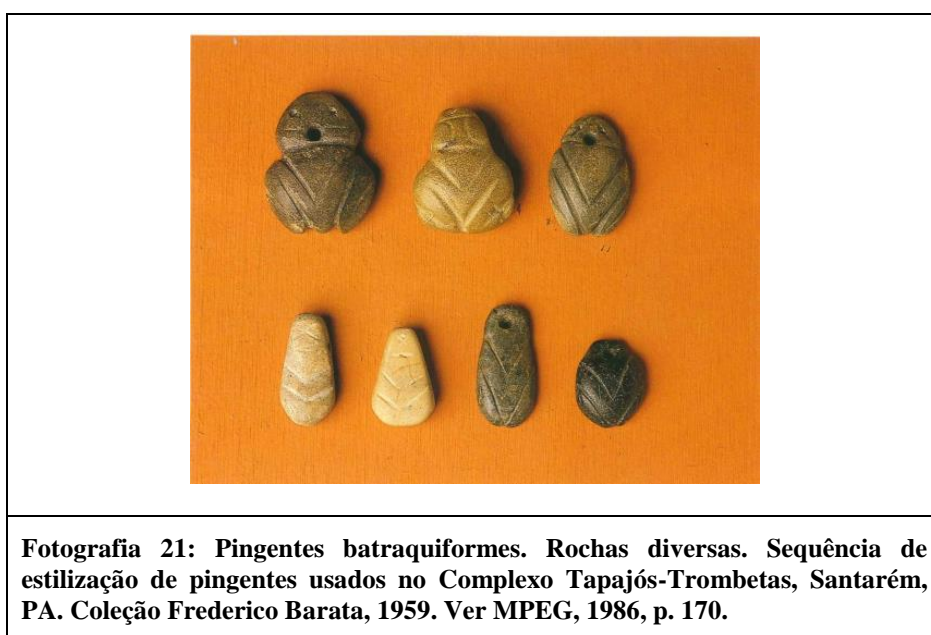
Através do registro das histórias contadas pelas populações da época, foi possível determinar, mesmo que sem localização mais precisa, alguns indícios para futuras pesquisas arqueológicas, as quais tiveram por décadas as tentativas de provar que este amuleto era confeccionado na região amazônica, mais precisamente, no Baixo Amazonas e que, seu aparecimento em outros regiões amazônicas e até mesmo caribenhas, estão associadas a trocas cerimoniais, dada a importância da peça e seu simbolismo, conforme os mapas seguintes (COSTA et al., 2002).



As peças abaixo são correspondentes a dois tipos de muiiraquitãs, sendo o primeiro confeccionado em nefrita e com detalhes anatômicos como olhos e as extremidades das patas. Foi feito um orifício transversal no pescoço do amuleto sugerindo seu uso como pingente. A segunda peça, um muiiraquitã estudado por Barbosa Rodrigues, com forma possivelmente antropomorfa.

	
<p>Fotografia 19: Muiraquitã lítico encontrado em Óbidos, Baixo Amazonas, Pará. Coleção do Museu Paulista. Museu de Arqueologia e Etnologia da USP, RGA 537.</p>	<p>Fotografia 20: Objeto de yet. Talvez muiraquitã, estudado pelo Dr. Barbosa Rodrigues. Coleção do Museu Paulista. Museu de Arqueologia e Etnologia da USP, RGA 423.</p>

De acordo com Boomert (1987), os adornos em pedra verde, ou as “Pedras do Amazonas”, eram objetos valiosos, de prestígio, modos de exibir status, ou seja, símbolos de uma participação bem sucedida na rede regional de trocas. Abaixo podemos ver uma coleção de muiraquitãs que representam vários estilos de batráquios e foram confeccionados, cada peça, com matéria prima diferente cada uma. Estas peças foram encontradas no Baixo Amazonas.



Fotografia 21: Pingentes batraquiformes. Rochas diversas. Sequência de estilização de pingentes usados no Complexo Tapajós-Trombetas, Santarém, PA. Coleção Frederico Barata, 1959. Ver MPEG, 1986, p. 170.

Outros estilos de pingentes também foram sendo estudados, assim como mostram as duas representações abaixo. O primeiro é um pingente confeccionado em pedra branca que tem forma antropomorfa feminina. Apresenta deformação auricular além do furo frontal para uso como adorno corporal. O segundo é um muiraquitã lítico em forma de ponta de projétil, um dos mais diferenciados dentro da coleção de objetos arqueológicos do Baixo Amazonas do Instituto Cultural Banco Santos, pertencente ao Museu de Arqueologia e Etnologia da Universidade de São Paulo.

	
<p>Fotografia 22: Pendente de pedra branca. Alto Nhamundá. Doação Dr. Cantanho. Coleção do Museu Paulista. Museu de Arqueologia e Etnologia da USP, RGA 6000.</p>	<p>Fotografia 23: Muiraquitã lítico lascado de ponta de projétil em forma de rabo de peixe. Localização: Rio Trombetas (PA). Coleção Sandrê. Instituto Cultural Banco Santos. Museu de Arqueologia e Etnologia da USP, SE1/0722.</p>

Também foram coletados dois tipos de muiraquitãs, ambos confeccionados em pedra verde. O primeiro tem o formato zoomorfo, provavelmente representando uma ave. O segundo muiraquitã tem o formato antropomorfo. Cabe ressaltar que os muiraquitãs em formato antropomorfo são em quantidade inferior aos zoomorfos.



Fotografia 24: Artefato lítico polido, com incisões e em formato zoomorfo. Pingente (pedra verde). Instituto Cultural Banco Santos. Coleção Sandrê. Museu de Arqueologia e Etnologia da USP, SE1/0733.



Fotografia 25: Artefato lítico em formato antropomorfo, polido com incisões. Furo transversal entre os bordos. Muiraquitã em pedra verde. Instituto Cultural Banco Santos. Coleção Sandrê. Museu de Arqueologia e Etnologia da USP, SE1/0728.



Fotografia 26: Pingentes zoomorfos em rochas diversas. Representação de um símio, duas aves, um peixe, uma arraia e uma cabeça de ofídio. Complexo Tapajós-Trombetas, Santarém, PA. Coleção Frederico Barata, 1959. Ver MPEG, 1986, p. 171.

Assim como os apliques zoomorfos em vasos cerâmicos, os muiraquitãs zoomorfos também representam a fauna da região na época em que foram confeccionados.

As réplicas de muiraquitãs ainda são muito difundidas e utilizadas tanto no Baixo Amazonas quanto em cidades maiores, como a capital Belém (PA), no Mercado Vêr-o-Peso. Em várias casas de comércio de artesanatos tradicionais são encontradas peças em cerâmicas e raramente em lítico, para a compra. Em sua grande maioria, trazem pequenos textos que explicam a origem e a importância histórica e cultural dos muiraquitãs.



Fotografia 27: Réplica de muiraquitã benzida por Dona Socorrinho. Nhamundá, AM, junho de 2016.



Também são encontradas e muito difundidas as réplicas de muiraquitãs confeccionadas em cerâmica, como mostra a fotografia abaixo. Estas peças são feitas pelos ceramistas dos quilombos de Oriximiná (PA), e segundo estes, mantém os atributos de trazer a boa sorte a quem as carrega.



Fotografia 28: Réplica de muiraquitã de sapo estilizado em cerâmica, por Dona Zuleide Colé Viana. Comunidade Quilombola Boa Vista, Porto Trombetas, Oriximiná. Junho de 2016. Fotografia da autora.

A presença de muiraquitãs confeccionados em cerâmica pelos quilombolas não está somente na função de pingente, mas também se evidencia em vários apliques em vasos de cerâmica, de tampas de garrafas e panelas, tampas de cofre, em adornos de estatuetas e releituras ou réplicas de cerâmicas Konduri, além de miniaturas para pulseiras e colares, juntamente com contas de cerâmica.

Além dos amuletos que são representações de muiiraquitãs, outros tipos chamam a atenção. Assim como Margareth Rago (1985) evidencia o uso de vários tipos de amuletos de elementos de flora e fauna, pela população brasileira entre o final do século XIX e princípios do século XX, alguns depoimentos dos moradores do Baixo Amazonas também confirmam estes usos. Entre estes amuletos com elementos de fauna, podemos destacar aqueles feitos com dentes ou ossos trabalhados com incisões decorativas, como vemos nas duas peças abaixo. O primeiro, é um dente de jacaré que é utilizado como amuleto para afastar as picadas de serpente enquanto o indivíduo anda pelas matas. O segundo, corresponde ao conjunto de peças características como adorno corporal e possui incisões além de furo transversal. Ambos foram utilizados como pingentes no Baixo Amazonas.

	
<p>Fotografia 29: Dente de jacaré-assu usado como pingente para tornozelo na região entre Nhamundá e Parintins, Baixo Amazonas. Fotografia da autora.</p>	<p>Fotografia 30: Adorno ósseo decorado com incisões. Baixo Amazonas. Instituto Cultural do Banco Santos. Coleção Arqueológica do Brasil. Museu de Arqueologia e Etnologia da USP, SE1/0742.</p>

Conforme Alexandre Rodrigues Ferreira (2008), alguns indígenas utilizavam as rótulas de joelhos de todas as caças (cordões para pulseiras para corrimentos – doenças venéreas), contas de Macau no braço esquerdo para hemorroidas.

Outros elementos mais polêmicos e proibidos, também foram utilizados como amuletos atrativos ou curativos. Um deles é óleo do boto, usado para atrair as mulheres, assim como o óleo da bota, que são pequenos frascos que contém um pedacinho do sexo de um dos gêneros. Também para manter o relacionamento amoroso, toma-se o chá do órgão sexual do coati, que deve ser feito com ele seco e ralado.

Para atrair a riqueza e bons negócios, usa-se o pó da jiboia branca. Além disso, em praticamente todas as casas onde os curadores ou conselheiros espirituais atendem a população, a jiboia branca encontra-se em um frasco como amuleto de boa sorte.

Durante a pesquisa realizada junto às comunidades do Baixo Amazonas, entre os anos de 2013 a 2016, foram mencionados uma série de tipologias de amuletos, sejam eles para atrair benefícios, proteger da inveja ou infelicidade, afastar o mal e fechar o corpo contra os males da saúde.

Para o quebranto, conforme a curadora e benzedora Dona Socorro (Nhamundá, AM, 2016), usa-se uma pulseira com miçanguinha que a mãe pode fazer ou comprar. Dona Socorro a benze e coloca em um saquinho com um dente de alho, e amarra no pulso da criança. Este amuleto protege contra olhada de bicho (encante) e de gente. Também pode-se usar uma pulseira de linha vermelha mais um dente de alho macho.

O curador Antônio Beraldo (Terra Santa, PA, 2016) aconselha que para o bebê seja usado no pulso esquerdo uma pulseira de ouro com uma medalha benzida de Santo Antônio ou São Jorge. Para Dona Maria do Carmo Colé Viana (Comunidade Quilombola Lago Moura, Oriximiná, PA, 2016), a mãe pode fazer o Brebe, isto é, um papel com oração dobrada e colocada em um saquinho e costurá-lo. Levar sempre junto ao bebê, pois este protege do quebranto, mau olhado e paragem (encante do lugar, olhada de bicho). Já para a parturiente, usa-se a própria tesoura que cortou o cordão umbilical do recém-nascido, fincada no esteio principal da casa por 8 dias. Isto afastará qualquer doença contra o bebê e a mãe.

Também para a inveja ou mau olhado, Dona Socorro (Nhamundá, AM, 2016) recomenda que se use um cordão de ouro com símbolo de Jesus Cristo ou Nossa Senhora Aparecida, ou uma figa de pau de angola (*Piper arboreom*). Ambos precisam ser benzidos. Ainda contra o mau olhado, outro tipo de amuleto, mais moderno, pode ser utilizado. Segundo Antônio Beraldo (Terra Santa-PA, 2016) as tatuagens com símbolo de âncora, leme, terço (rosário) e pena de uirapuru¹⁷⁵, são bons defensores.

Os perfumes também, como já mencionado nesta pesquisa, também são utilizados como defesa. Pode-se utilizar os diretamente nomeados como os de São Jorge, Comigo ninguém pode, Só Deus pode comigo. Conforme Antônio Beraldo (Terra Santa, PA, 2016), podem ser misturados com o perfume habitual do indivíduo e usados diariamente. Esse

¹⁷⁵ Para os amazônidas, o uirapuru é um pássaro que traz boa sorte. Aqueles que o virem e fizerem um desejo, podem ter a certeza de que se realizará.

preparo pode ser acompanhado em ritual com velas e orações. Para Dona Socorro, o perfume ou colônia habitual do indivíduo pode ser preparado com um dente de alho roxo batido e misturado ao perfume. Deve-se usá-lo após o banho. A presença do alho para os rituais contra a inveja é muito recorrente e mencionada. Para afastar a inveja, usa o alho roxo em uma bolsinha pequena de plástico. Deve-se carregá-la consigo.

5.2 RITUAIS E CULTURA MATERIAL

Sopro dos Pajés

Proteger a criança desde o nascimento. Encantando a pessoa no oco de madeiras duras e invocando os espíritos, a pessoa fica escondida e protegida.

Márcio de Souza. **A História da Amazônia**, 2009.

No Baixo Amazonas, alguns missionários que entraram em contato com antigos grupos indígenas¹⁷⁶ da região, buscavam registrar os costumes, as crenças e os rituais destes. Os registros que mais mencionam os antigos grupos habitantes são os de João Felipe Bettendorff (1661) **“Crônica da Missão dos Padres da Companhia de Jesus no Estado do Maranhão”**, Maurício de Heriarte (1662) **“Descrição do Estado do Maranhão, Pará, Corupá e Rio Amazonas”** e Padre João Daniel (1741-1757) **“Tesouro Descoberto no Máximo Rio Amazonas”**. Suas obras trouxeram elementos relacionados aos hábitos alimentares, festividades com bebidas insalivadas, cultos aos antepassados, adorações à ídolos de pedra, hierarquias e cacicados¹⁷⁷ e também, a cultura material característica que era destinada aos rituais xamânicos, a qual, ainda na atualidade se faz presente.

¹⁷⁶ Conforme a obra de Antônio Porro (2007), diversos eram os grupos que habitavam a região do Baixo Amazonas, tais como os Camaré que viviam no Alto Trombetas em 1727, os Carary que viviam nas proximidades do rio Tapajós em 1662, os Cariberi que viviam na região Xingu-Tapajós e quem em 1819 integraram à população de Santarém, os Jacaretapiya que foram descritos como os antropófagos do rio Tapajós em 1768, os Magoyaná e os Makigi que viviam no interflúvio do Alto Trombetas e Mapuera em 1727, os Surinana que viviam no Médio Tapajós em 1762, e os Conduris e Jamundás que são mencionados desde 1630 na região entre os rios Trombetas e Nhamundá (AM).

¹⁷⁷ Ver obras de DENEVAN, W. **The aboriginal Cultural Geography of the Llanos de Mojos of Bolivia**. University of California Press, 1966. Ver também LATHRAP, D. **The Upper Amazon**. Londres: Thames & Hudson, 1970. Ver também MEIRELES, D. M. **Guardiães da fronteira: Rio Guaporé, século XVIII**. Universidade do Texas: Vozes, 1989. PORRO, A. **História indígena do Alto e Médio Amazonas: Séculos XVI a XVIII**. In.: CARNEIRO DA CUNHA, M. **História dos Índios no Brasil**. Chicago: The University of Chicago Press, 1989. Todas estas obras analisam os complexos grupos amazônicos e os cacicados, além das obras supracitadas como CARVAJAL (1584), BETTENDORFF (1661), HERIARTE (1662) e DANIEL (1741-1757).

Grupos indígenas como os Tapajó, Marataus, Caguanas, Orurucuzos e muitas outras nações (HERIARTE, 1662, p. 36), tinham ídolos de pedra aos quais adoravam para que tivessem êxito em suas colheitas. Conforme o registro de Heriarte (idem), os Tapajó, no ano de 1662

Teem idolos pintados em que adoram, e a quem pagam disimo das sementeiras, que sam de grandes milharadas, e he o seu sustento, que nam uzam tanto de mandioca para farinha, como as demais nações. Estando maduras as sementeiras, dá cada um a decima, e tudo junto o mettem na caza em que teem os idolos, dizendo que aquillo he Potaba de Aura, que, na sua lingoa, he o nome do diabo (Idem).

Muitos destes ídolos recebiam estas ofertas pois estes guardavam a boa colheita, além de outras atribuições como o bom andamento das atividades do grupo. Outro ídolo que também foi registrado é a Mãe da Mandioca. Segundo Antônio Porro (2007, p. 161), em Santarém antes do ano de 1663, “se praticava um rito supersticiosamente gentílico, e em mais sítios, de colocar na roça da farinha uma pedra no meio, a que chamavam a mãe da mandioca”. Porro (Idem) salienta que à esta pedra era destinada à vários sacrifícios e cerimônias, pois “servia como de ara [altar], (...) sendo redonda e de palmo e meio conservando-se depois com grande resguardo”. Assim como outros ídolos de pedra do Baixo Amazonas, “houve quem a lançou ao rio em uma noite” (Idem).



Fotografia 31: Onça sobre tartaruga. Universidade Federal, Belém (Valença e Furrer, 1984); Porro, 2010, p. 135.

Dado o contato entre os grupos indígenas e missionários na região, estes ídolos foram descartados por estes em suas tentativas de acabar com este tipo de adoração, tanto no que se

referia a presença material das divindades, quanto aos próprios cultos e cerimônias. Consequentemente, as poucas peças encontradas pela arqueologia também corroboram com a hipótese de que muitas destas foram sendo descartadas ao longo dos contatos. Sendo assim, “sua pouca representatividade na vasta região onde foram encontradas deve-se ao empenho dos primeiros missionários em destruí-las sistematicamente. Poucas são as esculturas conhecidas” (MPEG, 1986, p. 172).



Fotografia 32: Escultura de pedra em rocha indeterminada. Escultura zoomorfa em formato de quelônio. Complexo Tapajós-Trombetas, lago Joá, Santarém, PA. Ver: MPEG, 1986, p. 172.

Um das representações de esculturas que também tinham a função mística, conforme imagem acima, são as “esculturas peculiares à cultura Tapajós-Trombetas (...), que representam figuras antropomorfas e zoomorfas, ou ainda estilizações antropozoomorfas” (MPEG, 1986, p. 172). A elas foram atribuídas “o bom andamento de muitas atividades do grupo, como as caçadas, os combates e até mesmo o sucesso nos partos” (Idem). Esta peça possui furos paralelos na base e no centro, para fixação ou transporte destas. Assim como esta escultura de pedra, algumas réplicas de estatuetas da Cultura Santarém pelos quilombolas, também recebem atributos de protetoras do bom parto.

Inseridos no contexto dos rituais e da composição de elementos que os grupos indígenas do Baixo Amazonas utilizavam para estabelecer a comunicação entre o mundo físico e sobrenatural, encontram-se as bebidas insalivadas. Estas bebidas, que também eram chamadas de “vinhos” pelos missionários que entraram em contato com os Tapajó, por

exemplo, eram utilizadas em festas e rituais pelo grupo, onde o xamã buscava o diálogo com antepassados ou com os espíritos dos animais, caso o ritual fosse voltado para a caça e cura, onde estes influenciavam a abundância da vida (DESCOLA, 2004).

Entretanto, dado o conhecimento das práticas do endocanibalismo¹⁷⁸ através destas bebidas, os missionários passaram a perseguir todas as práticas de cauinagens. Conforme João Azevedo Fernandes (2011) “as bebidas também poderiam ser utilizadas como veículos para o endocanibalismo funerário, como se dava entre os extintos Arapiuns, descritos pelo jesuíta João Daniel (1741-1757)”. Para este, os Arapiuns eram praticantes do “abuso de conservarem os ossos dos mortos, que nas suas festas e beberrias costumavam as velhas dar embebidas dos seus vinhos, desfeitos em pó, (...) talvez por julgarem ser o seu ventre a melhor sepultura, em que podiam dar-lhe honrado jazigo” (DANIEL, 1741-1757, p. 265).

Maurício de Heriarte (1662, pp. 36-37) também registrou que entre os Tapajó,

Quando morre algum destes índios o deitam em uma rede e lhe põem aos pés todos os bens que possuía na vida, e na cabeça a figura do diabo feita a seu modo, lavrada de agulha como meia, e assim os põem em umas casas que têm feitas só para eles, onde estão a mirrar e a consumir a carne; e os ossos moídos os botam em vinho e seus parentes e mais povos o bebem. De tudo isso têm tirado em parte os R. dos Padres da Companhia de Jesus que os vão a doutrinar de quando em tempo (Idem).

Tanto Maurício de Heriarte (1662) quanto Padre Daniel (1741-1757), registraram que o culto aos antepassados trazia em si o consumo de partes do corpo do antepassado que eram ingeridas com a bebida, mas também que estas bebidas eram formas de cultuar seus ídolos. Alguns destes ídolos também eram seus antepassados, os “chamados Monhangarypy (primeiro pai), dos Tapajó” (Porro, 2007, p. 163), que eram cadáveres ressecados mantidos em choupanas na floresta. Segundo a narrativa do Padre João Daniel (1741-1757), pelo ano de 1742 existiam cerca de 16 ídolos de corpos ressecados de mortos¹⁷⁹ dos indígenas Tapajó e Caianás. Segundo este, o Padre Luiz Álvares, missionário na época entre estes grupos, salientava que estes já eram batizados há perto de cem anos. Também mencionava que existiam ídolos de pedra, as quais tinham sua denominação associada à sua forma, denotando para o que serviam. Uma era a que presidia aos casamentos, outra a quem imploravam o bom sucesso dos partos, a outra pediam peixe (DANIEL, 2007), e assim por diante. Entretanto, um

¹⁷⁸ Segundo Antônio Porro (2007, p. 163), o endocanibalismo era realizado com partes moídas dos ossos e carne de seus antepassados mortos, postos em suas bebidas. A obra de João A. Fernandes (2011, p. 99), ressalta que o endocanibalismo também era realizado pelos indígenas Arapiuns, originários de Santarém.

¹⁷⁹ Chamavam esses ídolos de corpos dos antepassados por nomes como o Deus do Milho, Deus da Mandioca, Deus da Chuva, Deus do Sol. Ver Antônio Porro, 2007.

dos missionários, para acabar com a idolatria destes grupos, ateou fogo nos corpos secos e junto com as cinzas, mandou jogar no rio os ídolos de pedra (idem).

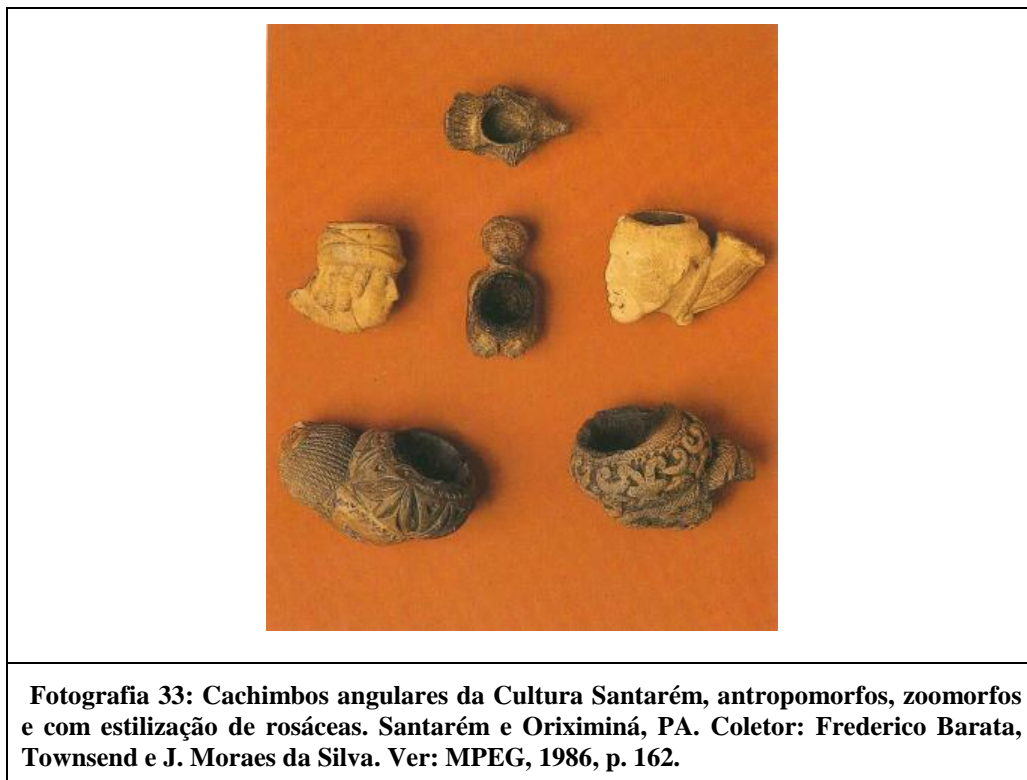
Não somente os ídolos representados pelos corpos dos antepassados e os ídolos de pedra foram sendo perseguidos e exterminados gradualmente da cultura indígena, mas também a forma de se fazer a bebida para esses cultos e festas, pois:

Em termos de regimes étlicos, a colonização no Brasil e a posterior expansão da sociedade nacional parecem ter tido o conlão de dissolver modelos e usos tradicionais com grande facilidade, e nisto se enquadram, claramente, as técnicas de fermentação com base na insalivação. Como afirmou Câmara Cascudo: os “vinhos” indígenas fermentados, na base do sumo de frutas ou raízes, desapareceram do uso normal da sociedade que se ampliava, persistindo apenas na Amazônia, onde a insalivação “resistiu entre a população mestiça do interior até finais do século XIX” (CASCUDO, 1967, p. 115 *apud* FERNANDES, 2011, p. 174).

Inseridas na composição “das modalidades do complexo xamânico” (PORRO, 2010, p. 134), a presença de outras substâncias com efeitos psicoativos como a inalação de paricá (*Piptadenia spp.*) também foram associadas as peças arqueológicas em madeira registradas ainda em uso no começo do século XX por Protásio Friel (1961) entre os indígenas Kachúyana do rio Trombetas. Estas peças eram compostas por almofarizes e bandejas para a inalação do paricá e outros narcóticos. Para Antônio Porro (2010, p. 134), “a frequência com que o xamã ou pajé, no estado de êxtase induzido por efeito da ingestão ou da inalação de substâncias psicoativas, se ‘transforma’ no seu alter ego, normalmente em um animal poderoso ou sábio”, como a onça, a sucuri, a harpia ou a cigarra, animais estes que podem, através de seus atributos, auxiliar em problemas de ordem sobrenatural entre o grupo. Neste sentido, muitas das peças que representam esta inalação eram bifurcadas em formato de Y, e sua matéria prima poderia ser a madeira ou até mesmo ossos ocós.

O uso do cachimbo nesta região também foi associado aos efeitos psicoativos e que, segundo Collin McEwan (2001), permitem induzir a estados alterados de consciência. Os cachimbos na Ilha de Marajó (PA), por exemplo, foram modelados ou decorados com imagens de animais. Conforme Anna Roosevelt (1991), se interpreta como sendo parte de ritos de iniciação ou rituais de cura ou caça, onde se buscava influenciar os espíritos animais, que controlavam a abundância da vida. Já no caso dos cachimbos encontrados no Baixo Amazonas, mais precisamente entre Santarém e Oriximiná, as formas utilizadas para modelagens foram desde motivos antropozoomorfos até a “elaboradas estilizações de

rosáceas, estas inspiradas na flora regional [e que] caracterizam a influência da arte jesuítica e a contemporaneidade com os primeiros missionários” (MPEG, 1988, p. 162).



Os cachimbos, em sua maioria, também eram utilizados para o consumo do tabaco, e este, segundo João Fernandes (2011, p. 107) também “representa a forma privilegiada para a obtenção da leveza xamanística, ao permitir que aquele que utiliza o petim alcance um estado de “sonho”, representado por desmaios, estado em que o sonhador pode viajar ao mundos dos espíritos e dos mortos”, tanto nos casos referidos a boa parte dos indígenas em documentação histórica, quanto para a maioria dos povos indígenas contemporâneos. Além disso, “o cachimbo é fundamental dentro da organização social-religiosa das culturas indígenas, pois servindo de instrumento de utilização do tabaco, ele possibilita o intercâmbio entre a humanidade e os espíritos” (SCATAMACCHIA et al, 1996, p. 321).

A relação entre o tabaco ou o uso de outros elementos que possam alterar os estados de consciência, ainda são utilizados por curadores no Baixo Amazonas. Durante as pesquisas de campo, foi possível perceber a utilização deste tipo de prática entre os curadores ribeirinhos do Lago Sacurí, em Oriximiná (PA), até as cidades como Faro (PA) e Nhamundá (AM). Conforme os depoimentos concedidos pelo curador Sr. Daca (Lago Sacurí, Oriximiná,

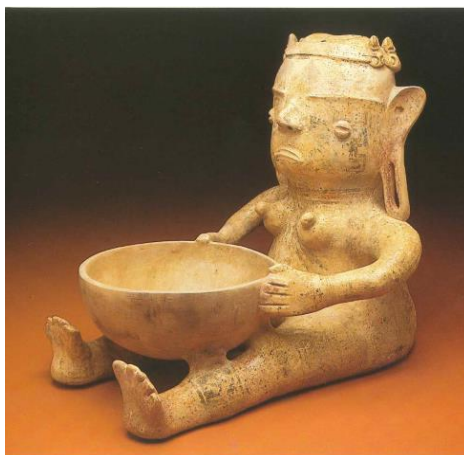
2016), pelo benzedor Claudemiro Colé Viana (Comunidade Quilombola do Abuí, Alto Trombetas, Oriximiná, 2016), pelo curador Antônio Beraldo (Terra Santa, PA, 2016) e pela curadora e benzedora Dona Socorro (Nhamundá, AM, 2016), o uso do Tauari (Couratai *tauari*), conhecido como cigarro do pajé, é feito para os rituais que visam proteger um indivíduo da inveja, mau olhado e atrapalhos na vida, pois sua fumaça chega afastando o mal da pessoa. Assim, este auxilia também com a defumação, onde ocorre a proteção e “fechamento do corpo”, juntamente com orações e banhos que fazem o descarrego, devidamente indicados pelo curador.

5.3 ESTATUETAS E RÉPLICAS CONTEMPORÂNEAS

Assim como os vasos de cariátides e gargalos, as estatuetas da Cultura Santarém são relacionadas ao domínio do sagrado (SCHAAN, 1997). A arte de Santarém é repleta de referências ao seu sistema sócio econômico, tipicamente um cacicado. As imagens humanas são representadas em vasos, urnas e estatuetas. São representações acompanhadas de objetos relacionados ao status de chefes e xamãs, como banquinhos decorados, chocalhos e chapéus (Roosevelt, 1988).

Estas podem nos evidenciar uma série de informações sobre os grupos que as confeccionavam até a época dos primeiros contatos com os colonizadores. Em sua grande maioria, estas estatuetas são representações femininas e trazem ao longo de seu corpo adornos que podem ser labiais, deformações auriculares e até mesmo o achatamento ou alongamento do crânio¹⁸⁰. Essas transformações representadas nas estatuetas, conforme Denise Schaan (1997), provavelmente são representações das deformações cranianas que eram praticadas por algumas populações indígenas no intuito de destacar os filhos de famílias nobres. Dentro deste contexto, uma das representações mais conhecidas da Cultura Santarém é a Índia com a Bacia, como vemos na fotografia abaixo. Muitas réplicas são confeccionadas a partir desta estatueta até os dias atuais.

¹⁸⁰ Também nas estatuetas marajoaras é possível relacionar os usos de adornos, deformações e pinturas corporais na Cultura Marajoara. Ver ROOSEVELT, A. C. **Moundbuilders of the Amazon: Geophysical Archaeology on Marajó Island, Brazil**. San Diego, CA: Academic Press, 1991.



Fotografia 34: Estatueta feminina da Cultura Santarém com decoração policrômica. Representação de deformação auricular e estilização de cocar. Santarém, PA. Coleção Frederico Barata, 1959. Ver: MPEG, 1986, p. 155.



Fotografia 35: Réplica de estatueta feminina antropomorfa “Índia com Bacia”, Cultura Santarém, por Dona Zuleide Viana. Comunidade Quilombola Boa Vista de Oriximiná, PA, junho de 2016.

Esta estatueta também traz a representação de tranças estilizadas e adorno de cabeça com cocar cobre-nuca (MPEG, 1986, p. 158). Entre a réplica desta estatueta e a estatueta propriamente dita, podemos notar que existem pequenas diferenças no adorno de cabeça, pois a réplica traz como alicate miniaturas representando o muiraquitã (bátráqueo). Esta réplica foi confeccionada por Dona Zuleide Viana, uma das líderes quilombolas da Comunidade Boa Vista de Oriximiná, a qual relata que esta índia (estatueta), foi feita por ela em homenagem a sua avó¹⁸¹. Além disso, a forma de uso da réplica desta estatueta é a de um talismã, o qual ajuda a afastar a inveja e mau olhado, pois dentro de sua pequena bacia, como visto na

¹⁸¹ Alguns ceramistas dos quilombos de Oriximiná homenageiam seus antepassados confeccionando peças ou réplicas, nomeando-os pelo nome do ente querido.

fotografia, traz uma pequena porção de sal e três dentes de alho. Sua localização é de frente para a porta da cozinha da casa, à qual é a mais utilizada.

Outra réplica muito confeccionada entre os ceramistas dos quilombos de Oriximiná, são as “Índias com o dedo do pé na boca”, como assim são chamadas por estes. Também fazendo referência à cultura Santarém, Dona Zuleide Viana (Comunidade Quilombola Boa Vista, Oriximiná, 2016) nos conta que esta pequena estatueta ajudava as índias a terem seus partos saudáveis e sem dores, quando as gestantes faziam suas rezas a esta.

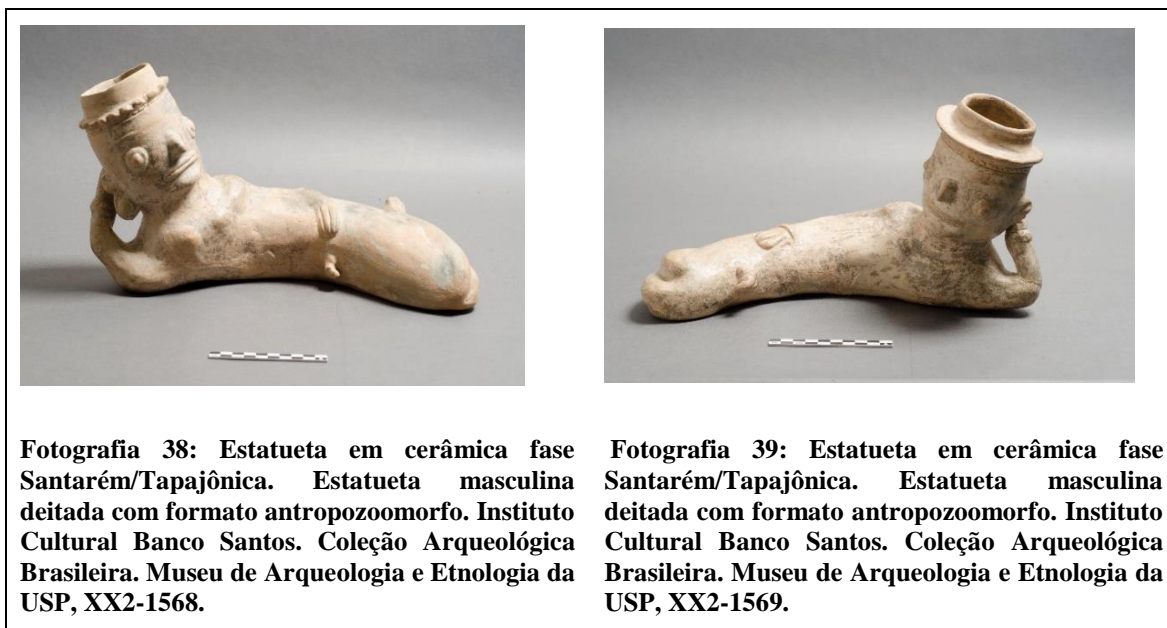
	
<p>Fotografia 36: Estatueta antropomorfa feminina em cerâmica, Cultura Santarém, com decoração policrômica. Representação de cocar cobre-nuca, deformação auricular com discos, jarreteiras e tornozeleiras estilizadas. Santarém, PA. Coleção Frederico Barata, 1959. Ver: MPEG, 1986, p. 158.</p>	<p>Fotografia 37: Réplica de estatueta “Índia com dedo do pé na boca”, da fase Santarém/Tapajônica, pela ceramista Dona Zuleide Viana. Comunidade Quilombola Boa Vista de Oriximiná, PA, junho de 2016. Fotografia da autora.</p>

Neste tipo de manifestação da Cultura Santarém, as estatuetas representam movimentos menos rígidos, isto é, onde “predomina a liberdade estilística, ocorrendo exemplares nas mais diversas posturas” (MPEG, 1986, p. 156). Neste sentido, são conhecidas peças com grande variedade de formas zoomorfas e antropomorfas. “Algumas destas estatuetas são ocas, com pequenos seixos no seu interior, sugerindo maracás”¹⁸² (Idem).

Com maior raridade, as estatuetas da Cultura Santarém do sexo masculino também foram representadas. Conforme Anna Roosevelt (1988), estas representações têm suas

¹⁸² Conforme a obra de Denise Schaan (2001a), na Ilha de Marajó muitas estatuetas foram encontradas quebradas, mais frequentemente na área do pescoço, separando a cabeça do corpo, o que sugere que essa quebra possa ter tido um significado simbólico, relacionado a alguma forma de ritual.

características sexuais bem demarcadas e se caracterizam por um corpo cilíndrico, frequentemente de formato fálico, além de serem ocas. Para esta autora, assim como os exemplares marajoaras, estas peças têm em sua composição itens como os chapéus, o que os associam ao status de xamãs. Não somente os elementos representados os associam ao status de xamãs, mas a representação desta estatueta em par relaciona a transição xamânica e os estados de espíritos que estes tinham em seus rituais.



Fotografia 38: Estatueta em cerâmica fase Santarém/Tapajônica. Estatueta masculina deitada com formato antropozoomorfo. Instituto Cultural Banco Santos. Coleção Arqueológica Brasileira. Museu de Arqueologia e Etnologia da USP, XX2-1568.

Fotografia 39: Estatueta em cerâmica fase Santarém/Tapajônica. Estatueta masculina deitada com formato antropozoomorfo. Instituto Cultural Banco Santos. Coleção Arqueológica Brasileira. Museu de Arqueologia e Etnologia da USP, XX2-1569.

Estas duas representações de estatuetas masculinas acima foram encontradas na cidade de Santarém, PA. Confeccionadas em cerâmica, possuem posicionamento invertido uma em relação a outra, formando um par. Conforme análises do MAE as estatuetas ocas, abertas no alto da cabeça, retratando um personagem deitado com a cabeça apoiada sobre uma das mãos e as pernas dobradas para trás. Há vários aparatos culturais representados, como os alargadores auriculares, chapéu e pulseiras. Todos os detalhes anatômicos são aplicados ou modelados em relevo, como por exemplo o órgão sexual. As pequenas diferenças estão em detalhes como uma borda serrilhada no chapéu da primeira estatueta ou a ausência de incisões sugerindo o cabelo. Ambas as estatuetas receberam acabamento com engobo na cor creme. Conforme a análise, o objetivo da representação em par é o de mostrar a transição xamânica para os estados de espíritos.

Quanto as estatuetas zoomorfas, pode-se relacionar ao tipo relação dos ribeirinhos e grupos tradicionais, como os quilombolas, têm com a natureza do Baixo Amazonas. Suas

representações são de animais da região. A relação com estes fica evidenciada nos seus contos, lendas, crenças e diversificação do calendário na alimentação. Muitos vivem de produtos vindos de roças de mandioca e da farinha e também de plantações em várzeas dos rios, além da caça e pesca. Para estes, é necessário o respeito e equilíbrio com a natureza para que se possa ter sempre a roça, a caça e a pesca. Cabe ressaltar, que estes grupos acreditam nos protetores dos animais (Mãe dos Bichos) e também no azar (Panema) durante a caça. Ambos podem trazer a desgraça em forma de perseguição dos principais animais da floresta, assim como não permitir que o caçador consiga mais caçar devido estar empanemado (WAGLEY, 1957; GALVÃO, 1976; MATTA, 1977). Muitas destas lendas e histórias são contadas por gerações entre os quilombolas e ribeirinhos da região¹⁸³.



Fotografia 40: Estatuetas zoomorfas representando dois cachorros e uma anta. Índios Kaxuyana, rio Cachorro, afluente do rio Trombetas, Baixo Amazonas, PA. Coletores Wallace & Frikel, 1969. Ver: MPEG, 1986, p. 87.

Por pertencerem a um mesmo recorte espacial, os indígenas, quilombolas e ribeirinhos trazem muitas aproximações ecocosmológicas (RUSSI, 2012) através de práticas alimentares e tabus (FAUSTO, 2001), além do zelo pelas espécies caçadas e as próprias prática da caça. Neste sentido, a representação e o uso de pequenas estatuetas zoomorfas, pelos indígenas Kaxuyana, nos evidenciam uma das relações dos amazônidas com a natureza, além do poder atribuído a estas estatuetas em atrair a caça. Como já mencionado anteriormente, o uso de estatuetas que representavam animais e seus atributos, eram muito correntes entre os grupos

¹⁸³ Ver o capítulo 4 desta pesquisa.

indígenas na Cultura Santarém, e essa crença foi registrada pelos cronistas do século XVIII. Entretanto, mesmo com a perseguição e destruição destes tipos de “ídolos”, como eram chamados, ainda permaneceram em pequenas representações destas crenças já no século XX.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do estudo das doenças ou de práticas de cura adotadas por determinados grupos étnicos, a pesquisa científica pode compreender diversos fatores que caracterizam, ou caracterizaram, escolhas e usos de terapêuticas entre universos explicativos em um determinado tempo e espaço. Muitos destes fatores podem apontar para indícios de realidades em tempos remotos ou de tecnologias extremamente avançadas, de redes de contatos e de compartilhamento de conhecimentos. O estudo da saúde e das doenças estão atrelados não somente às medicações ou enfermidades, mas também, aos sistemas interpretativos relacionados ao homem. Neste patamar, as doenças foram sendo a porta de entrada de muitos contatos que ocorriam entre os exploradores, missionários e indígenas na Amazônia.

A partir do século XVII na região do Baixo Amazonas, com a entrada e permanência de missionários próximos a região de Santarém e pelos arredores do rio Tapajós, assim relatados pelas narrativas de exploradores, as doenças e a religião foram uma das locomotivas para as mudanças comportamentais em grupos tradicionais. Estas, por sua vez, foram percebidas nos sistemas de manutenção dos corpos e da saúde, nas artes de curar, nas explicações de enfermidades baseadas ora em miasmas, ora em castigos divinos. Passaram a se refletir no abandono de rituais de cura e de ervas medicinais para cunho sobrenatural. A esfera da medicina tradicional sofria com o descrédito de seus curadores e de seus preparados, que já não conseguiam mais responder satisfatoriamente as doenças introduzidas pelos exploradores e colonizadores, as quais sequer eram mencionadas em suas histórias ou lendas.

O descrédito e desrespeito aos curadores e práticos populares de medicina, dado o desconhecimento das doenças introduzidas no Brasil, desde a época colonial, foram sendo fortalecidos. Mesmo que durante todo o período colonial no Brasil e ainda no final dos oitocentos a assistência médica fosse ínfima e que a população recorresse aos curadores populares, estes argumentos foram sendo fomentados em teorias evolucionistas que classificavam as práticas populares de cura em charlatanismos e ignorância, baseados em pensamentos de “selvagens”.

Durante o século XIX e princípios do XX, as teorias que vigoravam sobre os espaços e corpos ainda mantinham estreitas relações com o humoralismo hipocrático e com a teoria

miasmática. Para estes, os cuidados com os corpos deveriam se dar através do equilíbrio dos humores, que restabelecia a saúde através de purgantes, laxativos, clisteres, entre outros e, para a teoria miasmática, onde a garantia de saúde coletiva era a limpeza e dessecação de pântanos e acúmulos de água pútridas. Dentro deste contexto, surgiu o Higienismo e a Medicina Social, as quais estabeleceram-se entre as medidas preventivas de saúde pública. A partir destes, as intervenções às esferas públicas e privadas foram sendo atingidas por normas de padronização de comportamentos. Através dos discursos médicos e higienistas ou propagandas sanitárias, estas padronizações eram direcionadas não somente para os grupos vulneráveis ou pobres, mas também às mulheres e todos os seus conhecimentos sobre as práticas de curar, que ligadas ao pensamento selvagem, deveriam ser abolidas.

A estigmatização gerada por doenças de determinados grupos sociais geralmente está associada aos costumes nocivos referentes à saúde. Muitas doenças que estigmatizam são as mesmas consideradas negligenciadas pelas instituições como a OMS. Entre estas, estão doenças como a dengue, parasitoses, a tuberculose, as doenças sexualmente transmissíveis, entre outras. Em sua maioria, estas doenças têm seu maior número de contaminados em países com baixa renda e sem acesso ao serviço público de saúde.

Todavia, ao avaliarmos estas estigmatizações, realocando a culpa de enfermidade ao indivíduo, fomentamos a prerrogativa higienista, a qual enfatizava que a cultura e o conhecimento de grupos vulneráveis são baseados em ignorância, e, portanto, ou adotam o sistema ocidental de saúde, ou ficam sujeitos à própria sorte. Além disso, acabamos por perpetuar a escrita desta história de forma tendenciosa e preconceituosa, onde vigoram as distorções culturais e simbólicas, além de vazios historiográficos, os quais acabam por deslegitimar a luta destes grupos minoritários e secularmente perseguidos por suas culturas e crenças.

Assim, existe a real necessidade de se desconstruir estes discursos desmoralizantes enquanto fontes de pesquisa, para que não haja interpretações falhas e equivocadas. Somado a isso, o pesquisador em campo e interagindo diretamente com as populações e colaboradores, precisa desconstruir a sua própria escrita e visão/análise durante esta interação, pois os erros de metodologias estruturadas e semiestruturadas (pré-concepções teóricas) podem acabar por descaracterizar culturas e identidades de tais grupos, gerando uma documentação de falsos positivos e de resultados tendenciosos, manipulados e até mesmo pejorativos.

Após análise dos depoimentos concedidos e conversas informais com os grupos tradicionais da região do Baixo Amazonas, ficou evidenciado que, apesar das investidas do

poder público, representadas tanto pelas propagandas sanitárias como a perseguição às práticas populares de cura, muitos moradores ainda preferem o uso de chás e ervas medicinais para tratar e curar doenças simples. Além disso, a grande maioria já passou por algum tipo de indicação terapêutica ou ritual de um curador, sendo as mais comuns os tratamentos para gripes, dores de cabeça e diarreias, e os rituais que curam o mau olhado e o quebranto. Sabe-se que somente o curador possui tamanho poder para expulsar ou quebrar estes sentimentos negativos.

As características das artes de curar mostram-se diversificadas, e por vezes, usam-se elementos da medicina oficial e tradicional para um mesmo tratamento, tais como as ervas medicinais para curar a gripe e um comprimido de analgésico, ou também a costura das rasgaduras de carne através da almofada e agulha com linha virgem e orações, sendo posto logo após um adesivo salompas no local da contratura. Tais elementos associados nos evidenciam que os sistemas de cura dos amazônidas vem se adaptando não somente aos contatos e sistemas terapêuticos ocidentais de saúde, mas também corroboram com a hipótese de resistências dentro um sistema globalizado de informações e rede de comunicações, processo pelo qual a medicina popular é exposta. Essas resistências são favorecidas pela memória contada (história oral) pelos parentes mais velhos entre o grupo, os que salientam que estes curadores estão desaparecendo, pois, os mais jovens não se interessam mais pelas artes de curar, e pela pouca fé, já não nascem mais curadores, pois é de dom concedido de Deus que nasce um curador, e não de aprendizado.

Desmantelando a ideia de que os curadores tendem a curar o que não se pode, durante os depoimentos concedidos nesta região do Baixo Amazonas, estes mesmos esclarecem que os limites entre o curador e benzedor são muito bem delineados, assim como suas atribuições e sabedoria quanto a arte de curar e de rituais, se for o caso. O mesmo acontece com os limites entre tratar uma doença complexa em uma comunidade, à qual é devidamente encaminhada ao sistema de saúde pública e médicos oficiais. Também, as escolhas entre um curador ou médico é feita pelo enfermo conforme sua confiança e necessidade. Se o caso não for grave, o enfermo tende a escolher o curador. Isto ocorre não só pela dificuldade geográfica ou falta de condições financeiras, mas também pela lógica de linguagem estabelecida entre os universos aproximados, em que, dificilmente há a compreensão de uma linguagem técnica médica por parte, não somente dos grupos tradicionais, mas também, por boa parte da população brasileira. Estes também salientam que existe por parte de alguns agentes de saúde e médicos

oficiais o detrimento de seus conhecimentos populares e costumes, o que torna a confiança e escolha destes representantes da medicina oficial cada vez mais distanciada.

Por outro lado, os agentes de saúde também salientam a grande dificuldade de acesso que estes têm ao trabalhar com grupos de ribeirinhos ou quilombolas. Estas dificuldades giram em torno da falta de equipe para estes deslocamentos e para uma melhor cobertura do sistema de vacinação, por exemplo. O território é muito extenso e o número de profissionais é pequeno diante deste. Além disso, o deslocamento dos profissionais, seja por barco ou por lancha, variam entre horas e dias, ao local também prejudica o número de vacinas perdidas devido ao derretimento de gelo ou ao pouco acesso a refrigeradores para a conservação destas.

Por fim, através dos depoimentos concedidos e histórias contadas e recontadas em noites quentes de inverno, durante as cheias dos rios, sentada na rede ao pé de um barracão, foi-me permitido conhecer um mundo muito mais antigo do que poderia imaginar, um mundo com seres do fundo, das matas e do ar, do benzedores e curadores que trazem a alma ou a sombra roubada de indivíduo por um encante, um mundo onde as ervas medicinais não são usadas somente para curar dor de barriga, mas também para deixar querida a pessoa não favorecida pela beleza. Assim, uma pequena parte, posso dizer ínfima parte, me foi permitido analisar nesta pesquisa e aqui compartilhar.

REFERÊNCIAS

ACEVEDO, R. & CASTRO, E. **Negros do Trombetas – guardiões de matas e rios**. 2ª ed. Belém: Editora CEJUP/UFPA-NAEA, 1998.

ACUÑA, Christoval de. **Nuevo descubrimiento del gran rio de las Amazonas**. Madrid, 1891.

ALBERT, Bruce (org.). **Pacificando o branco: cosmologias do contato no norte-amazônico**. São Paulo: Editora Unesp, Imprensa Oficial do Estado, 2002.

ALBUQUERQUE, U. P. D. 2002. **Uso e conservação de plantas e animais medicinais no estado de Pernambuco (Nordeste do Brasil): um estudo de caso**. *Interciencia*, 27.

ALTAMIRANO-ENCISO et al. **Sobre a origem e dispersão das leishmanioses cutânea e mucosa com base em fontes históricas pré e póscolombianas**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 10(3): pp. 853-882, set.-dez, 2003.

ANDRADE, Marcio. **Heroicos pulmões**. (In.): Brasil de todas as drogas. *Revista de História da Biblioteca Nacional*. Ano 10, nº 110, novembro de 2014, pp. 26-29.

ARJONA, F., DE CÁSSIA MONTEZUMA, R. & SILVA, I. 2007. **Aspectos etnobotânicos e biogeografia de espécies medicinais e/ou rituais comercializadas no mercado de Madureira, RJ**. *Caminhos de Geografia*, 8.

ARRUDA CAMARGO, Maria Thereza Lemos de. **Plantas Medicinais e de Rituais Afro-Brasileiros II: Estudo Etnofarmacobotânico**: Ed. Icone, São Paulo, 1998.

_____. **A influência portuguesa na medicina popular do Brasil desde o seu descobrimento**. Separata dos Trabalhos de Antropologia e Etnologia, Volume XL (3-4), Porto, 2000.

ASSUNÇÃO, Paulo de. **A terra dos Brasis: a natureza da América portuguesa vista pelos primeiros jesuítas (1549-1596)**. São Paulo: Annablume, 2000.

ARENZ, K. H. **Filhos e filhas do Beiradão – a formação sócio-histórica dos ribeirinhos da Amazônia**. Santarém, FIT, 2000.

AVELAR, Lucas. **Barato pra quem pode.** (In.): Brasil de todas as drogas. Revista de História da Biblioteca Nacional. Ano 10, nº 110, novembro de 2014, pp. 22-24.

BARATA, F. **Uma análise estilística da Cerâmica Santarém.** Separata. Cultura, nº 5. Instituto de Antropologia e Etnologia do Pará. Ministério da Educação e da Saúde/Serviço de Documentação, 1953.

BARBOSA RODRIGUES, J. **Exploração e Estudo do Valle do rio Amazonas – Rio Tapajós.** Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1875.

_____. **Ídolo Amazônico.** Jornal do Commercio. Rio de Janeiro, 19 de Agosto, 1875a.

_____. **Exploração e estudo do vale do Amazonas: Rio Tapajós.** Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1875b.

_____. **O Muyrakitã e os Ídolos Symbolicos.** Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1889.

BATES, Henrique Walter. **O naturalista no rio Amazonas.** São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1944, 2 v. (Brasiliana, 237 e 237A).

BATISTA, Djalma. **O Complexo da Amazônia. Análise do processo de desenvolvimento.** 2ª ed. Manaus: Editora Valer, Edua e Inpa, 2007.

BITENCOURT, D. B. **Para sua saúde e vigor: práticas de cura e medicamentos populares em Porto Alegre (1776-1936).** Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-graduação em História) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2011.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BOTELHO, João Bosco. **Práticas médicas no Brasil Colonial.** Revista do Instituto Geográfico e Histórico do Amazonas/ Publicação do IGHA. Fase IV julho – agosto – setembro 2014 – Ano I – nº 3 – Manaus: Grafisa, 2015.

BOOMERT, A. **Gifts of The Amazons: “green stone” pendants and beads as items of ceremonial Exchange in Amazonia and Caribbean.** Antropologica, 67, pp. 33-54, 1987.

BORBA, A. M. & MACEDO, M. 2006. **Plantas medicinais usadas para a saúde bucal pela comunidade do bairro Santa Cruz, Chapada dos Guimarães, MT, Brasil.** Acta Botanica Brasilica, 20, 771-782.

BRAGA, P. I. S. 1979. **Subdivisão fitogeográfica, tipos de vegetação, conservação e inventário florístico da floresta amazônica.** Acta amazonica, 9, 53-80.

BUENO, E. **Vendendo Saúde: História da propaganda de medicamentos no Brasil.** Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008.

CABRAL, A. B. B. **De lazareto a leprosário: políticas de combate a lepra em Manaus (1921-1942).** Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Amazonas, Instituto de Ciências Humanas e Letras, Programa de Pós-Graduação em História, 2010.

CAMPOS, H. L. **Climatologia Médica do Estado do Amazonas.** 2ª ed. Manaus: Secção de Obras da Imprensa Oficial, 1909.

CARNEIRO, Henrique Soares. **Mezinhas, Filtros e Triacas. Drogas no Mundo Moderno (XVI ao XVIII).** Dissertação de Mestrado. São Paulo: USP, 1993.

_____. **A erva dos escravos.** (In.): Nossa História. Ano 3, nº 33. Editora Vera Cruz, julho de 2006, pp. 22-24.

CARNEIRO DA CUNHA, Manuela (Org.). **História dos Índios no Brasil.** São Paulo: Companhia das Letras: Secretaria Municipal da Cultura, FAPESP, 1992.

CARVAJAL, G., ROJAS, A.; ACUÑA, C. **Descobrimientos do Rio das Amazonas.** Companhia Editorial Nacional. São Paulo, Rio de Janeiro, Recife, Porto Alegre, 1941.

CARVALHO, José Porfírio F. de. **Waimiri-atroari. A história que não foi contada.** Brasília, 1982.

CASCUDO, Luís da Câmara. **Dicionário do folclore brasileiro.** Inst. Nac. Folcl. /MEC: Rio de Janeiro, 1954.

_____. **Folclore do Brasil – Pesquisas e Notas.** Rio de Janeiro/São Paulo/Lisboa: Ed. Fundo de Cultura, 1967.

CASSINO, M. F. 2010. **Estudo etnobotânico de plantas medicinais em comunidades de várzea do rio Solimões, Amazonas e aspectos farmacognósticos de Justicia pectoralis Jacq. forma mutuquinha (ACANTHACEAE).**

CELESTINO DE ALMEIDA, M. R. **Metamorfozes Indígenas: Identidades e Cultura nas aldeias coloniais do Rio De Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ: Presidência da República, Arquivo Nacional, 2003.

CORBIN, A. **SABERES E ODORES. O olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

COSTA, Carlos Alberto Amaral. **Oswaldo Cruz e a Febre Amarela no Pará**. Belém: Conselho Estadual de Cultura, 1973.

COSTA, Hideraldo. **Cultura, Trabalho e Luta Social na Amazônia. Discurso dos Viajantes – Século 19**. Manaus: Editora Valer e Fapeam, 2013.

COSTA, M. et al. **Muyrakytã ou Muiraquitã, um Talismã Arqueológico em Jade procedente da Amazônia: Uma Revisão Histórica e Considerações Antropogeológicas**. Acta Amazônica, 32 (3): pp. 467-490, 2002.

COUDREAU, Henri. **Voyage au Trombetas**. Paris: A. Lahure, Imprimeur-Éditeur, 1900.

CRULS, G. **Hiléia Amazônica**: Cia Editora Nacional, São Paulo/ Rio de Janeiro, 1944.

_____. **A Amazônia que eu vi: Óbidos-Tumucumaque**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Brasília, 1973.

CRUZ, O. G. **MADEIRA-MAMORÉ RAILWAY COMPANY. Considerações Geraes sobre as Condições sanitárias do Rio Madeira**. Rio de Janeiro, 1910. (In.): CRUZ, O.; CHAGAS, C.; PEIXOTO, A. Sobre o Saneamento da Amazônia. Manaus: P. Daou, 1972.

_____. **Relatório sobre as Condições Médico-Sanitárias do Valle do Amazonas**, apresentado ao S. Ex^o o Snr. Dr. Pedro de Toledo (Ministério da Agricultura, Industria e Commercio). Rio de Janeiro: Typ. Do Jornal do Commercio de Rodrigues & c., 1913.

CYPRIANO, D. C. C. A. **ALMAS, CORPOS E ESPECIARIAS. A expansão colonial nos rios Tapajós e Madeira**. Pesquisas. Antropologia, n^o 65. São Leopoldo: Instituto Anchieta de Pesquisas, 2007.

D'ABBEVILLE, C. **História da missão dos padres Capuchinhos na Ilha do Maranhão e terras circunvizinhas (1614)**. São Paulo: Livraria Martins Editora, 1945.

DANIEL, João. **Tesouro descoberto no Rio Amazonas**. Rio de Janeiro: Biblioteca Nacional, 1967, 2 v.

DA SILVA, F. D. J., SILVEIRA, A. P. & DOS SANTOS GOMES, V. 2016. **Plantas medicinais e suas indicações ginecológicas: estudo de caso com moradoras de Quixadá, CE, Brasil**. Revista Brasileira de Biociências, 14.

DE CARVALHO, J. O. P. 1981. **Distribuição diamétrica de espécies comerciais e potenciais em floresta tropical úmida natural na Amazônia**. Embrapa Amazônia Oriental-Séries anteriores (INFOTECA-E).

DENEVAN, W. **The aboriginal Cultural Geography of the Llanos de Mojos of Bolivia**. University of California Press, 1966.

DESCOLA, Philippe. **Ecology and cosmology in Amazonia. Native Traditions**. Luís Grupioni & Cristiana Barreto (Org.). São Paulo: Brasilconnects Cultura & Ecologia, 2004, pp. 67-79.

DE SOUZA EVANGELISTA, S. A., DICKFELDT, E. P. & DA FONSECA, S. R. B. 2015. **MÚLTIPLAS FUNÇÕES DOS ARBORETOS DO PARQUE ESTADUAL DE PORTO FERREIRA, SP**. Periódico Eletrônico Fórum Ambiental da Alta Paulista, 11.

DE SOUZA, N. C. I. & MALUF, R. W. 2014. **FLORA ARBÓREA EXÓTICA DA ARIE HENRIQUE LUÍS ROESSLER, NOVO HAMBURGO, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL**. Revista Conhecimento Online, 2.

DOS SANTOS-SILVA, J. P. G. & DE OLIVEIRA, P. C. 2017. **ETNOBOTÂNICA DE PLANTAS MEDICINAIS NA COMUNIDADE DE VÁRZEA IGARAPÉ DO COSTA, SANTARÉM-PARÁ, BRASIL**. Ambiente y Sostenibilidad, 136-151.

DIAS, M. d. (2012). **Fundação da ocupação da Amazônia Colonial**. (UFRR, Ed.) *Revista Textos & Debates* (Nº 5), pp. 33-39.

DRIGALSKI, Wilhelm von. **O Homem contra os Micróbios. As doenças contagiosas na história e na vida dos povos**. Belo Horizonte: Editora Itatiaia, 1964.

DUCKE, A. 1946. **Plantas de cultura precolombiana na Amazônia brasileira: notas sobre as espécies ou formas espontâneas que supostamente lhes teriam dado origem**. Embrapa Amazônia Oriental-Artigo em periódico indexado (ALICE).

EDLER, Flávio Coelho. **Boticas e Pharmácias: uma história ilustrada da farmácia no Brasil**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2006.

_____. **A Medicina no Brasil Imperial: clima, parasitas e patologia tropical**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

ELISABETSKY, E. **Etnofarmacologia de algumas tribos brasileiras**. In: RIBEIRO, B. (Coord.). *Suma etnológica brasileira*. Vol. 1 Etnobiologia. Petrópolis: Vozes, 1969, p. 135-148.

FARIA, Lina Rodrigues de. **Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920)**. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, pp. 109-127, 1995.

FERNANDES, João. Azevedo. **Selvagens Bebedeiras. Álcool, Embriaguez e Contatos Culturais no Brasil Colonial (Séculos XVI-XVII)**. São Paulo: Alameda, 2011.

FERREIRA, A. R. **Viagem Filosófica. Memórias I – Antropologia**. Manaus: Editora Valer, 2008.

FERREIRA, L. O. **Medicina impopular. Ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos (1830-1840)**. (In.) CHALHOUB, S. *Artes e Ofícios de curar no Brasil – Capítulos de História Social*. Campinas (SP): Ed. Da Unicamp, 2003.

FIGUEIREDO, Napoleão. **Rezadores, pajés e puçangas**. Belém: UFPA/ BOITEMPO, 1979.

_____. **Banhos de Cheiro, Ariachés & Amacis**. *Cadernos de Folclore*, n° 33. Rio de Janeiro: FUNARTE/Instituto Nacional do Folclore, 1983.

FILHO, Luiz Gonzaga Viana. **Oriximiná: Aspectos Históricos**. Oriximiná: S. E., 2001.

FLOR, A. S. S. D. O. & BARBOSA, W. L. R. 2015. **Sabedoria popular no uso de plantas medicinais pelos moradores do bairro do sossego no distrito de Marudá-PA**. *Revista Brasileira de Plantas Mediciniais*.

FLORENCE, Hercules. **Viagem Fluvial do Tiête ao Amazonas, 1825-1829**. São Paulo: Edições Melhoramentos, 1941.

FONSECA, C. M. O. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **O Nascimento da Clínica**, Rio de Janeiro: Forensense Universitária, 1998

FRIKEL, Protásio. **Morí, a festa do rapé. Índios Kachúyana: rio Trombetas**. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi, Nova Série, Antropologia, n. 12, pp. 10-34, 1961.

_____. **Os Triiyó: seu sistema adaptativo**. São Paulo 1973

FUNES, E. A. **Mocambos: natureza, cultura e memória**. História Unisinos, 13 (2): 146-153. Maio/Agosto, 2009.

GALVÃO, Eduardo. **Santos e Visagens: um estudo da vida religiosa de Itá, Baixo Amazonas**. Cia. Ed. Nacional: São Paulo, 1976.

GOMES, D. M. **Cerâmica Arqueológica da Amazônia: Vasilhas da Coleção Tapajônica MAE-USP**. São Paulo, Edusp, FAPESP: Imprensa Oficial, 2002.

GOMES, E. C., ELPO, E. S., GABRIEL, M. M. & LOPES, M. 2001. **Plantas medicinais com características tóxicas usadas pela população do município de Morretes, PR**. Visão Acadêmica, 2.

GUAPINDAIA, V. L. C. **Fontes Históricas e Arqueológicas sobre os Tapajós. A coleção "Frederico Barata" do Museu Paraense Emílio Goeldi**. Universidade Federal de Pernambuco: Recife, 1993.

_____. **Além da Margem do Rio: a ocupação Konduri e Pocó na região de Porto Trombetas, PA**. Tese de Doutorado: Museu de Arqueologia e Etnologia da Universidade de São Paulo (MAE-USP), 2008.

GUERRAND, P. (In:) Le Goff Jacques. **As doenças têm história**. Lisboa: Terramar ,1997

GUIMARÃES, F. N.; RODRIGUES, B. A. **O Purú-purú da Amazônia (Pinta, Carate, Mal del Pinto)**. (In.): Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, 46 (1), 1948, pp. 135-197. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/mioc/v46n1/tomo46\(f1\)_135-197.pdf](http://www.scielo.br/pdf/mioc/v46n1/tomo46(f1)_135-197.pdf). Acesso em 05 de agosto de 2015.

GUIMARÃES, M. **Culturas da Saúde**. Rev. Pesquisa FAPESP nº 191, janeiro de 2012, pp. 86-89.

GURGEL, Cristina. **Doenças e curas: o Brasil nos primeiros séculos**. São Paulo: Contexto, 2010.

HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. São Paulo: Editora Centauro, 2006.

HENRIQUE, M. C.; MORAIS, L. T. **Estradas líquidas, comércio sólido: índios e regatões na Amazônia (século XIX)**. Rev. Hist. (São Paulo), n. 171, jul.-dez., 2014.

HERIARTE, M. Descrição do Estado do Maranhão, Pará, Corupá e Rio das Amazonas (1662), 1874

HILBERT, P. P. **A cerâmica arqueológica da região de Oriximiná**. Publicações do Instituto de Antropologia e Etnologia do Pará, 1955, pp. 1-76.

HILBERT, P. P. & HILBERT, K. P. K. **Resultados Preliminares da Pesquisa Arqueológica nos Rios Nhamundá e Trombetas, Baixo Amazonas**. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi (MPEG), n° 75, 1980, pp. 1-14.

_____. **Um rio para O El Dourado**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005

HOEHNE, F. C. **Botânica e agricultura no Brasil no século XVI**. Cia. Ed. Nacional: São Paulo, 1937.

HOWARD, Catherine. **A domesticação das mercadorias: estratégias Waiwai**. In.: ALBERT, Bruce (org.). Pacificando o branco: cosmologias do contato no norte-amazônico. São Paulo: Editora Unesp, Imprensa Oficial do Estado, 2002.

IPHAN. **Inventário de Referências Culturais dos Quilombos de Oriximiná. Levantamento Preliminar**. IPHAN: Ministério da Cultura, Oriximiná, 2014.

JUDZIEWICZ, E. J., SORENG, R. J., DAVIDSE, G., PETERSON, P. M., FILGUEIRAS, T. S. & ZULOAGA, F. O. 2000. **Catalogue of New World grasses (Poaceae): I. Subfamilies Anomochlooideae, Bambusoideae, Ehrhartoideae, and Pharoideae**. Contributions from the United States National Herbarium, 1-128.

JUNK, W. J. **Ecology, fisheries and fish culture in Amazonia**. (In.): The Amazon: limology and landscape ecology of a mighty river and its basin. Boston: Dr. W. Junk Publishers, 1984.

KERN, D. C. & KÄMPF, N. **Antigos assentamentos indígenas na formação de solos com Terra Preta Arqueológica na região de Oriximiná, Pará.** R. Bras. Ci. Solo, 13, 1989, pp. 219-225.

KOEHLER-ASSEBURG, Iris. **O Problema do Muiraquitã.** São Paulo: Museu Paulista. Separata, v. 5, 1951.

KORNDÖRFER, A. **An international problem of serious proportions”: a cooperação entre a Fundação Rockefeller e o governo do estado do Rio Grande do Sul no combate à ancilostomíase e seus desdobramentos (1919-1929).** Tese (Doutorado em História), Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.

LA CONDAMINE, C.-M. **Viagem pelo Amazonas (1735-1745).** Rio de Janeiro: Nova Fronteira; São Paulo: EDUSP, 1992.

LATHRAP, D. **The Upper Amazon.** Londres: Thames & Hudson, 1970.

LE GOFF, Jacques. **As doenças têm história.** Lisboa: Terramar, 1985.

LÉVI-STRAUSS, C. O feiticeiro e sua magia. (In.): **Antropologia Estrutural.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

_____. **O pensamento selvagem.** 2ª Edição. Campinas (SP): Papyrus, 1997.

LIMA, Helder Lameira de. **Malditos de Raça, Malditos de Cor: a imprensa abolicionista belenense e seus atropelos raciais.** (In.): NEVES, Fernando Arthur de Freitas (org.). Faces da história da Amazônia. Belém: Paka-Tatu, 2006, pp. 383-418.

LIMA, T. A. **Humores e Odores: Ordem corporal e Ordem Social no Rio de Janeiro, século XIX.** História, Ciência, Saúde – Manguinhos, II (3): pp. 44-96, nov. 1995- fev. 1996.

LOPES, P. R. C. **Aldeias, Missões Religiosas e Diretórios: intercâmbios políticos, econômicos, culturais e ambientais.** (In.): NEVES, F. A.; LIMA, M. P. (Org.). Faces da História da Amazônia. Belém: Paka-Tatu, 2006.

LOUREIRO, Antonio José Souto. **História da Medicina e das Doenças no Amazonas.** Manaus: Impresso nas Oficinas da Gráfica Lorena, 2004.

_____. **O Amazonas na Época Imperial.** 2ª ed. Manaus: Editora Valer, 2007.

LUZ, Jorge. **“Diamba” se fuma em roda.** (In.): Revista de História da Biblioteca Nacional. Ano 10, n° 118, julho 2015, pp. 46-49.

MARTINS, J. C. 2015. **MEDICAMENTOS À BASE DE PLANTAS: CONTRIBUTO PARA O APROVEITAMENTO DOS RECURSOS NATURAIS NACIONAIS.** Revista Portuguesa de Farmacoterapia, 5, 19-35.

MARQUES, E. C. **Da Higiene à Construção da Cidade: O Estado e o Saneamento no Rio de Janeiro.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, II (2): pp. 51-67, jul.-oct., 1995.

MATTA, A. A. **Flora médica brasiliense.** Manaus: Editora Valer e Governo do Estado do Amazonas, 2003.

MATTA, Roberto da. **Panema: uma tentativa de análise estrutural.** In.: Ensaio de antropologia estrutural. Vozes: Rio de Janeiro, 2ª ed., pp. 67-96, 1977.

MAUÉS, Raimundo Herald. **A ilha encantada. Medicina e xamanismo numa comunidade de pescadores.** Tese de Doutorado. Universidade de Brasília: Brasília, 1977.

McEWAN, Collin. **Seats of Power - Axiality and Access to Invisible Worlds in The Unknown Amazon. Nature in Culture in Ancient Brazil.** Edited by C. McEwan, C. Barreto and E. Neves. London: British Museum Press, 2001, pp. 176-197.

MEIRELES, D. M. **Guardiães da fronteira: Rio Guaporé, século XVIII.** Universidade do Texas: Vozes, 1989.

MIRANDA, A.; ABREU JR, J. **As expedições da Liverpool School of Tropical Medicine e a Amazônia Brasileira.** *Rev. Pan-Amaz. Saude* (2011), 2 (2): pp. 11-18.

MONTAGNER, Delvair. **A Morada das Almas. Representações das Doenças e das Terapêuticas entre os Marúbo.** Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 1996.

MONTEIRO, M. Y. **Efemérides Amazonenses.** Revista do Instituto Geográfico e Histórico do Amazonas /Publicação do IGHA. Fase IV abril – maio – junho 2014 – Ano I – n° 2 – Manaus: Grafisa, 2014.

MONTELES, R. & B PINHEIRO, C. U. 2007. **Plantas medicinais em um quilombo maranhense: uma perspectiva etnobotânica.** Revista de biologia e ciências da terra, 7.

MORAES, L. R. N. **Cães, vento sul e urubus: higienização e cura na cidade de Desterro/ Florianópolis (1830 - 1903).** Tese (Doutorado em História do Brasil) Porto Alegre, PUCRSS, 1999.

MRN, 2009. **Levantamento Socioeconômico e Ocupacional dos Municípios do Entorno da MRN**. Relatório Final. Curitiba/PR, Julho de 2009.

NIMUENDAJÚ, Curt. **Os Tapajó**. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi, vol. X. Belém: MPEG, 1949.

NORDENSKIÖLD, Erland. **Ars Americana, vol. 1: L'archéologie du Bassin de L'Amazone**. Paris: Les Éditions G. Van Oest, 1930.

[Sem autor – catálogo]. **O MUSEU PARAENSE EMÍLIO GOELDI**. São Paulo: Banco Safra, 1986.

PALMATARY, Helen C. **The Archeology of Lower Tapajós Valley-Brazil**. Transactions of the American Philopical Society, n.s. 50, 1960, pp. 1-243.

PEIXOTO, A. **O problema sanitário da Amazonia**. Separata dos Annaes da faculdade de Medicina do Rio de Janeiro – Ano I. Imprensa Nacional, 1917.

_____. **Noções de Higiene**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1932.

PEQUENO, Eliane da Silva Souza. **Mura, guardiães do caminho fluvial**. Revista de Estudos e Pesquisas., FUNAI, Brasília, v. 3, n. 1 /2, pp. 133-155, jul/dez, 2006.

PEREIRA, A. C. & DOS SANTOS, E. R. 2016. **Frutas nativas do Tocantins com potencial de aproveitamento econômico**. Agri-environmental sciences, 1.

PEREIRA, H. S. **A Dinâmica da Paisagem Socioambiental das Várzeas do Rio Solimões-Amazonas**. (In.): Comunidades Ribeirinhas Amazônicas: Modos de vida e Uso dos Recursos Naturais. Manaus: EDUA, 2007.

PEREIRA, M. M. D., BRAGA, P. E. T. & GUIOMAR, N. 2014. **ANÁLISE DOS DIFERENTES ESTÁGIOS DE DESENVOLVIMENTO DA CAATINGA EM SOBRAL, CEARÁ, BRASIL**. Revista da Casa da Geografia de Sobral (RCGS), 16, 46-65.

PINTO, R. F. **Viagem das Ideias**. Manaus: Editora Valer, 2006.

PISO, Guilherme. **Historia Natural do Brasil Ilustrada**. Companhia Editorial Nacional, 1948.

PORRO, A. **História indígena do Alto e Médio Amazonas: Séculos XVI a XVIII**. In.: CARNEIRO DA CUNHA, M. *História dos Índios no Brasil*. Chicago: The University of Chicago Press, 1989.

_____. **Dicionário Etno-Histórico da Amazônia Colonial**. São Paulo: Instituto de Estudos Brasileiros/USP, 2007.

_____. **Arte e simbolismo xamânico na Amazônia**. *Boletim Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciência Hum.*, Belé, v. 5, n. 1, pp. 129-144, jan.-abr., 2010.

PRANCE, Guilleam T. **Etnobotânica de algumas tribos amazônicas**. In.: *Etnobiologia*, B. G. Ribeiro (Coord.), vol. 1 da *Suma etnobiológica brasileira*, D. Ribeiro (Ed.), Vozes/FINEP: Rio de Janeiro, pp. 119-134, 1986.

QUEIROGA, V. D. P. & BELTRÃO, N. E. D. M. 2004. **Produção e armazenamento de sementes de mamona (*Ricinus communis* L.)**. Embrapa Algodão-Comunicado Técnico (INFOTECA-E).

QUEIROZ, Marcos de Souza. **Estudos sobre medicina popular no Brasil**. *Religião e Sociedade* 5, pp. 241-250. Rio de Janeiro, 1980 a.

_____. **Feitiço, mau-olhado e susto: seus tratamentos e prevenções. Aldeia de Icapara**. *Religião e Sociedade* 5, pp. 131-160. Rio de Janeiro, 1980 b.

RAGO, Margareth. **Do cabaré ao lar. A utopia da cidade disciplinar (1890-1930)**: Paz e Terra, 1985.

RAMOS, Artur. **O negro brasileiro**. Rio de Janeiro, 1934.

_____. **O folclore negro do Brasil**. Rio de Janeiro, 1937.

_____. **A aculturação negra no Brasil**. São Paulo, 1942.

REFLORA. 2017. **Flora do Brasil 2020 em construção**. Jardim Botânico do Rio de Janeiro. [Online]. Available: <http://floradobrasil.jbrj.gov.br/> >. Acesso em: 30 Jun. 2017].

RIBEIRO, Bertha G. **O índio na cultura brasileira**. 1987.

RIBEIRO, Darcy. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

RUSSI, A. **Inventário do artesanato tradicional de Oriximiná: catálogo**. Niterói, RJ: S.N., 2012.

_____. **Cadernos de Cultura e Educação para o Patrimônio**. Niterói, RJ: S.N., 2014.

RODRIGUES, Eliana; CARLINI, Elisaldo Luiz de Araújo. **Levantamento etnofarmacológico realizado entre um grupo de quilombolas do Brasil**. Arquivos Brasileiros de Fitomedicina Científica, V. 1, n. 2, pp. 80-87, 2003.

RODRIGUES, Raimundo Nina. **O animismo fetichista dos negros baianos**. Nova Edição, 1935.

_____. **Os africanos no Brasil**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1945, (Brasiliana v.9).

RODRIGUES, T. E. **Solos da Amazônia**. (In.): ALVAREZ, V.; FONTES, L. E. F. & FONTES, M. P. F. (Eds.). O solo nos grandes domínios morfoclimáticos do Brasil e o desenvolvimento sustentado. Sociedade Brasileira de Ciência do Solo. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa, 1996, pp. 19-60.

ROMERO, Sílvio; RIBEIRO, João. **Compêndio de História da Literatura Brasileira**: Editora: Francisco Alves, 1909

ROOSEVELT, Anna C. **Interpreting certain female images in prehistoric art**. In.: MILLER, V. (Ed.). The role of gender in precolumbian art and architecture. Harvard University Press, 1988.

_____. **Moundbuilders of the Amazon: Geophysical Archaeology on Marajó Island, Brazil**. San Diego, CA: Academic Press, 1991.

_____. **Arqueologia Amazônica**. (In.): CARNEIRO DA CUNHA, Manuela (Org.). **História dos Índios no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras: Secretaria Municipal da Cultura, FAPESP, 1992, pp. 53-86.

SALLES, Vicente. **O negro na formação da sociedade paraense**. Belém: Paka-Tatu, 2004.

SCARAZATTI, C. D. O. S. 2011. Produção de resina de breu (Burseraceae) no assentamento rural Cristo rei do Uatumã-Amazonas.

SCATAMACCHIA, M. C. M.; DEMARTINI, C. M. C.; BUSTAMANTE, A. **O aproveitamento científico de coleções arqueológicas, a coleção Tapajônica do MAE-USP**. Rev. Do Museu de Arqueologia e Etnologia, São Paulo, 6: pp. 317-333, 1996.

SCIENTIA. **Curso de formação em Educação Patrimonial para Professores – zonas urbana e rural.** Programa de Educação Patrimonial, Ação na Comunidade Escolar. Oriximiná, Pará, 2013.

SEBE, J. C. & HOLANDA, F. **História Oral: Como Fazer, Como Pensar.** São Paulo: Editora Contexto, 2007.

SCHANN, Denise Pahl. **A linguagem iconográfica da cerâmica marajoara. Um estudo da Arte Pré-Histórica na Ilha de Marajó, Brasil.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 1997.

SCHARDONG, R. M. F. & CERVI, A. C. 2000. Estudos etnobotânicos das plantas de uso medicinal e místico na comunidade de São Benedito, Bairro São Francisco, Campo Grande, MS, Brasil. *Acta Biológica Paranaense*, 29.

SCHNEIDER, A. A. 2007. A flora naturalizada no estado do Rio Grande do Sul, Brasil: herbáceas subespontâneas. *Biociências*, 15, 257-268.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O Espetáculo das Raças. Cientistas, Instituições e Questão Racial no Brasil (1870-1930).** São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SCHWEICKARDT, J. C. **Ciência, Nação e Região: as doenças tropicais e o saneamento no estado do Amazonas, 1890-1930.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

SCLIAR, Moacyr. **Cenas médicas: pequena introdução à história da medicina:** Ed. da Universidade / UFRGS, Porto Alegre, 1998

SCUDELLER, V. V., VEIGA, J. B. D. & ARAÚJO-JORGE, L. H. D. 2009. **Etnoconhecimento de plantas de uso medicinal nas comunidades São João do Tupé e Central (Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Tupé). Biotupé: meio físico, diversidade biológica e sociocultural do Baixo Rio Negro, Amazônia Central.** Manaus: UEA, 2, 185-199.

SEMEDO, R. J. C. G. & BARBOSA, R. I. 2007. **Árvores frutíferas nos quintais urbanos de Boa Vista, Roraima, Amazônia brasileira.**

SIGAUD, J. F.-X. **Do Clima e das Doenças do Brasil ou estatística médica deste império (1844).** Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2009.

SILVA, A. G., LIMA, R. A. & DE SOUZA, A. C. R. 2011. **Uso, conservação e diversidade de plantas aromáticas, condimentares e medicinais para fins medicinais na comunidade Vila Princesa, Porto Velho-RO/Use, storage and diversity of aromatic herbs, spices and medicinal uses for medical purposes in Vila.** *Revista Pesquisa & Criação*, 10, 21-35.

SILVA, M. et al. **Plano Territorial de Desenvolvimento Rural Sustentável do Baixo Amazonas.** Cáritas Arquidiocesana de Manaus. Estudo Técnico – Manaus, agosto, 2010.

SOUSA, A. B. L. **A Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) no Amazonas: Um estudo sobre sua atuação junto aos indígenas.** Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia). Manaus: UFAM, 2011.

SOUZA, A. F. et al. **Inventário de Referências Culturais dos Quilombolas de Oriximiná. Levantamento Preliminar.** IPHAN, Ministério da Cultura, 2014.

SOUZA, C. D. D. & FELFILI, J. M. 2006. **Uso de plantas medicinais na região de Alto Paraíso de Goiás, GO, Brasil.**

SOUZA, F. B. **Lembranças e Curiosidades do Vale do Amazonas (1873).** Manaus: Associação Comercial do Amazonas/Fundo Editorial, 1988.

SOUZA, M. **História da Amazônia.** Manaus: Editora Valer, 2009.

SPIX, Johan Baptist von & MARTIUS, Karl Friedich Philipp von. **Viagens pelo Brasil, 1817-1820.** 2ª ed. São Paulo: Melhoramentos, 1962, 3 v.

TAVARES, João Walter. **Inventário Cultural, Social, Político e Econômico do Município de Oriximiná.** Oriximiná: Gráfica e Editora Andrade, 2006.

THIELEN, E. V. et al. **A ciência a caminho da roça: imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil entre 1911 e 1913.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Casa de Oswaldo Cruz, 1991.

VALENTE, Waldemar. **Sincretismo religioso afro-brasileiro.** 2ª ed. São Paulo, Ed. Nacional: Brasília, 1976.

VAN DEN BERG, M. A. & SILVA, M. H. 1986. **Plantas medicinais do Amazonas.** Anais do Primeiro Simpósio do Trópico Umido, 12, 127-133.

VELLOSO, Verônica Pimenta. **Farmácia na Corte Imperial (1851 - 1887): práticas e saberes.** Tese (História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

VIDEIRA, Luiz Fernando Fagury. **Artesanato das Comunidades Boa Vista e Lago Moura. Oriximiná, PA.** Museu Paraense Emílio Goeldi: Belém, 2011.

VIGARELLO, G. **O Limpo e o Sujo. A Higiene do Corpo desde a Idade Média.** Lisboa: Editorial Fragmentos, 1985.

VILAÇA, A. **Conversão, Predação e Perspectiva.** Mana 14 (1): 173-204, 2008.

VIVEIROS DE CASTRO, **O Mármore e a murte: sobre a inconstância da alma selvagem**. In: Revista de Antropologia, São Paulo, USP, 1992, V. 35, P. 21-74

WALDEZ & VOGT. **As Serpentes Peçonhentas da Reserva Piagaçu-Purus e Acidentes Ofídicos na Região do Baixo Rio Purus, Amazônia Central**. Rev. Colombiana Cienc. Anim. 3(2), 2011, pp. 327-334. Disponível em: http://www.piagacu.org.br/sites/default/files/serpentes_peconhentas_rds-pp.pdf. Acesso em 25 de julho de 2015.

WAGLEY, Charles. **Uma comunidade amazônica. Estudo do homem nos trópicos**. Cia. Ed. Nac.: São Paulo, 1957.

WALLACE, Alfredo Russel. **Viagens pelo Amazonas e Rio Negro**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1939, (Brasiliana, 156).

WHITLEY, David. **Finding rain in the desert. The Archaeology of Rock Art**. Londres: Editado por Chippindale & Taçon, 1988.

WITTER, Nikelen Acosta. **Males e Epidemias: Sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX)**. Tese de Doutorado em História pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, 2007.

ZERRIES, O. **Atributos e instrumentos rituais do xamã na América do Sul não-andina e o seu significado**. In.: HARTMANN, T.; COELHO, V. P. (Orgs.). Contribuições à Antropologia em homenagem ao Prof. Egon Schaden. São Paulo: Museu Paulista. Coleção Museu Paulista, Série Ensaios, v.4), 1981, pp. 319-360.

ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo: UCITEC, 1994

FONTES PRIMÁRIAS – RELATÓRIOS

CÂMARA DE SÃO LUÍS. **Carta ao rei São Luís**. Maranhão (Avulsos), caixa 4, doc. 499 (Arquivo Histórico Ultramarino). 22 de ago. 1665.

CONSELHO ULTRAMARINO. Consulta. Lisboa. Maranhão (Avulsos), caixa 9, doc. 925 (Arquivo Histórico Ultramarino), 26 de nov. 1696.

DA SILVA, Antonio Delgado. **Lei de 6 de junho de 1755. “Para se restituir aos Índios do Pará e Maranhã a liberdade de suas pessoas e bens”**. Collecção da Legislação Portuguesa. Desde a ultima compilação das Ordenações (1750-1762). Lisboa: Typografia Maignense, 1830.

Alvará de Lei de 04 de Abril de 1755.

BENJAMIM, A. C. Índice ou Repertório Geral das Leis da Assembleia Legislativa Provincial do Gram-Pará (1838-1853).

BRUSQUE, Relatório da Província do Pará, 1863.

COELHO, João Antonio Luiz. Mensagem dirigida em 7 de setembro de 1910 ao Congresso Legislativo do Pará. Belém: Imprensa Oficial do Estado do Pará, 1910.

SODRÉ, L. Mensagem do E^{mo} Sr. Dr. Lauro Sodré ao Congresso Legislativo do Estado. Pará, 1920.

FONTES PRIMÁRIAS - HEMEROTECA

Almanach do Amazonas, 1908.

Medicamenta, Fontoura & Serpe. São Paulo, 1920.

Jornal do Baixo Amazonas, Santarém. 8-01-1876.

Amazonas (1910 a 1912)

A Gazeta (1922)

Comércio do Amazonas (1880 a 1912)

Diário do Amazonas (1910 a 1912)

Diário de Manaus (1890 a 1893)

Correio do Pará (1927)

O Amazônico (1929)

Amazônia (1942)

Pátria (1920) do Pará

Parintins (1907 a 1908)

A Selva (1937 a 1938)

O Tacape (1902 a 1903) de Parintins

Anuario de Manaus (1912-1913)

INFORMAÇÕES DE WEB

Relatórios da Província do Pará e Amazonas. Disponível em: www.crl.uchicago.edu/info/digitalf.h/

Quilombos. Disponível em: <http://www.quilombo.org.br/#!indios-quilombolas/cz17>. Acesso em 12 de maio de 2015.

Dossiê Terra Indígena Katxuayana-Tunayana. Disponível em: <http://www.institutoiepe.org.br/campanhas/demarcacao-ja/>. Acesso em 27 de junho de 2015.

História do Contato – Índios Zo'ê. Disponível em: <http://www.amazoe.org.br/noticiaszoe.html>. Acesso em 20 de junho de 2015.

CHOLERA MORBUS, a 1ª doença globalizada. Disponível em: www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_382679713.ppt. Acesso em 23 de junho de 2015.

Leprosário Belisário Penna. Disponível em: <http://www.portalamazonia.com.br/cultura/turismo/vila-de-paricatuba-marcas-do-passado-desenvolvem-turismo-local/>. Acesso em 03 de agosto de 2015.

Justiça recebe denúncia contra missionário por escravidão de índios Zo'ê. Disponível em: pib.socioambiental.org.br/pt/noticias?id=151656&id_pov=321. Acesso em 22 de junho de 2015.

Merck. Disponível em: <http://www.merck.com/about/home.html>. Acesso em 20 de maio de 2017.

Schering. Disponível em: <http://www.corporativo.msdonline.com.br>. Acesso em 20 de maio de 2017.

Humphrey's Medicine Co. Disponível em: <https://www.etsy.com/listing/288204323/humphreys-homeopathic-no-33-medicine-for>. Acesso em 20 maio de 2017.

BIIBLIOGRAFIA

AMORIM, S. L. et al. **Intoxicações por plantas cianogênicas no Brasil.** *Ciência Animal*, 16(1):17-26, 2006. Disponível em: http://wp.ufpel.edu.br/govi/files/2010/09/%C3%81cido-cian%C3%ADrico_Intoxica%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em 20 de junho de 2015.

ARRUDA CAMARGO, M, T. L. **As plantas medicinais e o sagrado. A etnofarmacobotânica em uma revisão historiográfica da medicina popular no Brasil.** São Paulo: Ícone Editora, 2014.

BITENCOURT, D. B. **Entre papéis e vidros: a arqueologia da Medicina e as práticas populares de cura na Porto Alegre oitocentista.** (In.:) *Encontros com a História da Medicina*. 1. ed. Porto Alegre: Casa Editorial Luminara, 2013.

_____. **A “conquista invisível”: as epidemias e o genocídio ameríndio na Amazônia brasileira entre os séculos XVII e XX.** (In.): Divulgação e jornalismo científico em saúde e ambiente na Amazônia. Júlio Cesar Schweickardt [et al.] organizadores. – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017, pp. 64-83.

CHAMBOULEYRON, R. et al. **‘Formidável contágio’: epidemias, trabalho e recrutamento na Amazônia Colonial (1660-1750).** *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, n.4, out-dez., 2011, p. 987-1004.

DENEVAN, W. H. **The native population of Americas in 1492.** Londres/Madison: The University of Wisconsin Press, 1976.

DOBYNS, H. F. **Disease transfer at contact.** *Annual Review of Anthropology*, Vol. 22, 1993.

GONÇALVES, Marcelo et al. **Paleoparasitologia no Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*. 7 (1): 191-196, 2002.

LIMA, N. S. **Missões civilizatórias da República e interpretação do Brasil.** *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. V (suplemento), pp. 163-193, julho 1998.

MASCARENHAS et al. Plantas daninhas de uma pastagem cultivada de baixa produtividade no Nordeste Paraense. *Planta Daninha*, v. 17, n. 3, 1999.

MEIRA, Domingos Alves. **INFECÇÃO PELO PLASMODIUM FALCIPARUM E GRAVIDEZ. RELATO DE CASOS.** *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 22(2): 99-101, Abr.-Jun., 1989, pp. 99-101.

MENDES, Luis Antonio de Oliveira. *Memórias Economicas da Academia Real das Sciencias de Lisboa*, Tomo IV: 1-82, 1812.

MENDONÇA DE SOUZA, S.M.F.A; ARAÚJO, J.G. & FERREIRA, L.F. **Saúde e doença em grupos indígenas pré-históricos do Brasil: Paleopatologia e Paleoparasitologia.** (In.): SANTOS, R.V.; COIMBRA JR, C. E. A. *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

MORAES, Roque. **Análise Textual Discursiva.** Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

PAULA, Katarina Freire de. **Por uma Política de Vigilância em Saúde Ambiental nas Terras Indígenas do estado do Amazonas.** (In.): SAÚDE AMBIENTAL NA AMAZÔNIA: desafios e perspectivas. MEDEIROS, Marcilio S. de. (org.). Manaus: Edua, 2012.

SILVA, Fabíola A. **A etnoarqueologia na Amazônia: contribuições e perspectivas.** *Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Ciências Humanas*, Belém, v. 4, n. 1, p. 27-37, jan.-abr. 2009.

ANDRADE, Rômulo de Paula; HOCHMAN, Gilberto. **O Plano de Saneamento da Amazônia (1940-1942)**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, suplemento, p.257-277, dez. 2007.

ANJOS, José Geraldo Xavier dos. **Enfermidades endêmicas e tratamentos na Capitania de São José do Rio Negro, descritos pelo cirurgião Antonio Joseph d'Araújo Braga, em 1786**. Revista do Instituto Geográfico e Histórico do Amazonas/ Publicação do IGHA. Fase IV abril – maio – junho 2014 – Ano I – nº 2 – Manaus: Grafisa, 2014.

ARAÚJO, H. C. **Aspectos de Lazarópolis do Prata, Pará**, primeiro leprosário oficial, fundado em junho de 1924 pelo Dr. Souza Araujo. Disponível em: <http://arch.coc.fiocruz.br/index.php/xe2kt>. Acesso em 25 de junho de 2015.

BAIDA, R.; CHAMORRO, C. G. A. **Doenças entre indígenas do Brasil nos séculos XVI e XVII**. Revista História em Reflexão: Vol. 5 n. 9 – UFGD – Dourados jan/junh, 2011, pp. 1-24.

BELTRÃO, Jane Felipe. **Cólera, o flagelo da Belém do Grão-Pará**. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi; Universidade Federal do Pará, 2004.

BETTENDORF, João Felipe, SJ. **Crônica da missão dos Padres da Companhia de Jesus no Maranhão**. Belém: Fundação Cultural do Pará Tancredo Neves; Secretaria de Estado da Cultura. 1. Ed., 1698. 1990.

BOTELHO, João Bosco. **Práticas médicas no Brasil Colonial**. Revista do Instituto Geográfico e Histórico do Amazonas/ Publicação do IGHA. Fase IV julho – agosto – setembro 2014 – Ano I – nº 3 – Manaus: Grafisa, 2015.

BUCHILLET, Dominique. **Contato interétnico e saúde**. (In.): BRITO, Ivo et al, Sexualidade e saúde indígenas. Brasília: Paralelo 15, 2011.

CABRAL, A. B. B. **De lazareto a leprosário: políticas de combate a lepra em Manaus CHOLERA MORBUS, a 1ª doença globalizada**. Disponível em: www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_382679713.ppt. Acesso em 23 de junho de 2015.

COELHO, Thuany. **Malária durante a gravidez tem alto impacto nos bebês**. Agência Universitária de Notícias – USP. Edição Ano: 46 - Número: 42 - Publicada em: 21/06/2013. Disponível em: <http://www.usp.br/aun/exibir.php?id=5278>. Acesso em 30 de julho de 2015.

COMISSÃO NACIONAL DA VERDADE. (Cap. 3) **Violação de Direitos Humanos dos Povos Indígenas**, 2014. Disponível em:

<http://www.cnv.gov.br/images/documentos/Capitulo3/Capitulo%203.pdf>. Acesso em 18 de maio de 2015.

FILHO, Luiz Gonzaga Viana. **Oriximiná: Aspectos Históricos**. Oriximiná: S. E., 2001.

LERY, Jean de. **Viagem à Terra do Brasil**. Trad. E notas Sérgio Milliet. Belo Horizonte/São Paulo: Itatiaia/Edusp, 1980.

PEIXOTO, A. **O problema sanitário da Amazonia**. Separata dos Annaes da faculdade de Medicina do Rio de Janeiro – Ano I. Imprensa Nacional, 1917. CRUZ, O.; CHAGAS, C.; PEIXOTO, A. Sobre o Saneamento da Amazônia. Manaus: P. Daou, 1972.

_____. **Noções de Higiene**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1932.

PINTO, C. Um ano de combate às doenças parasitárias que atacam os rodoviários da Estrada Rio-Bahia, 1942-1943. (In.): Memórias do Instituto Oswaldo Cruz. Tomo 40, Junho de 1944. Fascículo 03.

PORTELLI, Alessandro. **Ensaio de História Oral**. São Paulo: Letra e Voz, 2010.

Sabedoria Indígena: O que os povos da Amazônia sabem e nós não sabemos. Disponível em: https://www.brasil247.com/pt/247/revista_oasis/163909/Sabedoria-ind%C3%ADgena-O-que-os-povos-da-Amaz%C3%B4nia-sabem-e-n%C3%B3s-n%C3%A3o-sabemos.htm Acesso em 12 de maio de 2015.

SILVA, E. S.; GAIOSO, A. C. **Leishmaniose Visceral no Estado do Pará**. Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA). Belém, Pará, Brasil, 2012.

STADEN, Hans. **Duas viagens ao Brasil: primeiros registros sobre o Brasil**. Rio Grande do Sul: L&PM POCKET, 2010.

TEIVE, H. A. G. et al. **Tratamento da Espasticidade, uma atualização**. (In.): Arq. Neuro-Psiquiatr. vol.56 n.4 São Paulo Dec. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X1998000500025&script=sci_arttext. Acesso em 20 de junho de 2015.

UFF-PURO-UAJV-SEMED-SECULT. Curso de Etnoeducação e Patrimônio. Formação continuada de Professores. Formação de Professores Tutores/Mediadores. Oriximiná, Pará.

VASCONCELOS, Pedro Fernando da Costa. **Febre Amarela**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 36(2):275-293, mar-abr, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v36n2/a12v36n2.pdf>. Acesso em 28 de julho de 2015.

ANEXO A – PLANTAS DE USO MEDICINAL NO BAIXO AMAZONAS

Família	Espécie	Nome vernacular	Referência
Acanthaceae Juss.	<i>Justicia pectoralis</i>	Mutuquinha	Cassino (2010)
Adoxaceae E.Mey.	<i>Sambucus nigra</i> L.	Sabugueiro	Reflora (2017)
Alismataceae Vent.	<i>Echinodorus macrophyllus</i> (Kunth) Micheli	Chapéu-de-couro	Reflora (2017)
Amaranthaceae A.Juss.	<i>Chenopodium</i> sp.	Mastruz	Reflora (2017)
Anacardiaceae R.Br.	<i>Astronium</i> sp.	Aroeira	Reflora (2017)
	<i>Anacardium occidentale</i> L.	Caju	Albuquerque (2002)
	<i>Anacardium giganteum</i> W.Hancock ex Engl.	Cajuaçu	Reflora (2017)
	<i>Anacardium</i> sp.	Cajui	Pereira and dos Santos (2016)
	<i>Mangifera</i> sp.	Manga grande	Schardong and Cervi (2000)
	<i>Spondias</i> sp.	Taperebá	Reflora (2017)
Annonaceae Juss.		Envirataia	Reflora (2017)
Apiaceae Lindl.	<i>Eryngium foetidum</i> L.,	Chicória	Reflora (2017)
Apocynaceae Juss.	<i>Aspidosperma nitidum</i> Benth. ex Müll. Arg.	Carapanaúba	Scudeller et al. (2009)
	<i>Himatanthus</i> sp.	Sucuuba	Reflora (2017)
Arecaceae Schultz Sch.	<i>Iriartea setigera</i> Mart.	Paxiubinha ou paxiuba	Van den Berg and Silva (1986)
Asparagaceae Juss.	<i>Herreria</i> sp.	Salsaparrilha	Reflora (2017)
Asteraceae Bercht. & J.Presl	<i>Gymnanthemum amygdalinum</i> (Delile) Sch.Bip. ex Walp.	Boldo	Reflora (2017)
	<i>Tanacetum vulgare</i> L.	Catinga de mulata	Gomes et al. (2001)
	<i>Eupatorium ayapana</i> Veuten	Japana branca	Scudeller et al. (2009)
Astereae Cass.	<i>Baccharis</i> sp.	Arnica	Reflora (2017)
Bignoniaceae juss		Chifre de gado	Reflora (2017)
	<i>Arrabidaea chica</i> V.	Cajirú (crajiru?)	Silva et al. (2011)
	<i>Tabebuia heptaphylla</i> Vell.	Ipê roxo	Reflora (2017)
Burseraceae Kunth	<i>Commiphora molmol</i> Engler	Mirra	Martins (2015)
Caricaceae Dumort.	<i>Carica papaya</i> L.	Mamão	Reflora (2017)
Convolvulaceae Juss.	<i>Ipomoea carnea</i> subsp. <i>fistulosa</i> (Mart. ex Choisy) D.F.Austin	Batatão	Pereira et al. (2014)

Costaceae Nakai	<i>Costus spicatus</i> Sw.	Cana mansa	Scudeller et al. (2009)
Crassulaceae J.St.-Hil.	<i>Kalanchoe pinnata</i> (Lam.) Pers.	Folha da fortuna	Schneider (2007)
Cucurbitaceae A.Juss.	<i>Luffa operculata</i> (L.) Cogn.	Cabacinho	Reflora (2017)
	<i>Citrullus lanatus</i>	Melância	Reflora (2017)
Cyperaceae Juss.	<i>Cyperus articulatus</i> L.	Priprioca	Reflora (2017)
Euphorbiaceae Juss.	<i>Hura crepitans</i> L.	Assacu	Reflora (2017)
	<i>Pedilanthus tithymaloides</i> Poit.	Coramina	Flor and Barbosa (2015)
	<i>Ricinus communis</i> L.	Mamoma	Queiroga and Beltrão (2004)
	<i>Manihot esculenta</i>	Maniva	Reflora (2017)
	<i>Jatropha gossypifolia</i> L.	Peão roxo	Monteles and B Pinheiro (2007)
	<i>Croton cajucara</i>	Sacaca	Reflora (2017)
Fabaceae Lindl.	<i>Stryphnodendron adstringens</i> (Mart.) Cov.	Barbatimão	Souza and Felfili (2006)
	<i>Ormosia paraenses</i>	Buiuçu	Reflora (2017)
	<i>Caesalpinia pyramidalis</i>	Flor da catingueira	Reflora (2017)
	<i>Hymenaea</i> sp.	Jatobá (jutai/jatai)	Reflora (2017)
	<i>Caesalpinia ferrea</i>	Jucá	Reflora (2017)
	<i>Bauhinia acreana</i> Harms	Pata de vaca	Reflora (2017)
Humiriaceae A.Juss.	<i>Endopleura uchi</i> (Huber) Cuatrec	Uxi amarelo	da Silva et al. (2016)
Lamiaceae Martinov	<i>Harpagophytum procumbens</i>	Garra do diabo	Reflora (2017)
	<i>Mentha</i> sp.	Hortelã	Reflora (2017)
	<i>Mentha</i> sp.	Hortelã grande	Reflora (2017)
	<i>Ocimum minimum</i> L.	Manjericão	Borba and Macedo (2006)
	<i>Tetradenia riparia</i> (Hochst.) Codd	Sândalo	Arjona et al. (2007)
	<i>Hyptis crenata</i> Pohl ex. Benth	Salva de marajó	Scudeller et al. (2009)
	<i>Rosmarinus officinalis</i> L.	Alecrim	Borba and Macedo (2006)
Lauraceae Juss.	<i>Persea americana</i> Mill. var <i>americana</i>	Abacate	Semedo and Barbosa (2007)
Lecythidaceae A.Rich.	<i>Lecythis usitata</i> Miers	Castanha sapucaia	Braga (1979)
	<i>Bertholletia excelsa</i> Bonpl.	Castanheira	Reflora (2017)
	<i>Couratari</i> sp.	Tuari	Reflora (2017)
Loranthaceae Juss.	Loranthaceae sp.	Erva do passarinho	Reflora (2017)
Lythraceae J.St.-Hil.	<i>Punica granatum</i> L.	Romã	Borba and Macedo (2006)
Malpighiaceae Juss.	<i>Byrsonima</i> sp.	Saratudo	Reflora (2017)
Malvaceae Juss.	<i>Gossypium</i> sp.	Algodão roxo	Borba and Macedo (2006)

		Mamorana	Reflora (2017)
Moraceae Gaudich.	<i>Brosimum parinarioides</i> Ducke	Amapá	Braga (1979)
Myrtaceae Juss.	<i>Eucalyptus</i> sp.	Eucalipto	Borba and Macedo (2006)
	<i>Syzygium</i> sp.	Jambo	Reflora (2017)
	<i>Psidium guajava</i> L.	Goiabeira	Borba and Macedo (2006)
Olacaceae R.Br.	<i>Minquartia</i> sp.	Cariúba	de Carvalho (1981)
Pedaliaceae	<i>Harpagophytum procumbens</i> DC.	Diabinha ou São Raimundo	Dos Santos-Silva and De Oliveira (2017)
Phyllanthaceae Martinov	<i>Phyllanthus niruri</i> Vell.	quebra pedra	Souza and Felfili (2006)
Piperaceae Giseke	<i>Piper arboreum</i>	Pau de Angola (Cabinda?)	Ducke (1946)
Plantaginaceae Juss.	<i>Bacopa</i> sp.	Vassourinha	Souza and Felfili (2006)
	<i>Veronica persica</i> L.	Verônica	Souza and Felfili (2006)
Poaceae Barnhart	Bambusoideae	Bambu	Judziewicz et al. (2000)
	<i>Cymbopogon citratus</i> (D.C.) Stapf	Capim Cheiroso	Reflora (2017)
	<i>Chrysopogon</i> Trin.	Patchuli	Reflora (2017)
Polypodiaceae	<i>Phlebodium decumanum</i> (Willd.) J. Sm.	Guaribinha	Scudeller et al. (2009)
Portulacaceae Juss.	<i>Portulaca pilosa</i> L.	Amor Crescido	Reflora (2017)
Rhamnaceae Juss.	<i>Ampelozizyphus amazonicus</i>	Saracura-muirá	Scarazatti (2011)
Rubiaceae Juss.	<i>Genipa americana</i>	Jenipapo	de Souza Evangelista et al. (2015)
	<i>Morinda citrifolia</i> L.	Noni	Reflora (2017)
	<i>Calycophyllum spreuceanum</i> Benth.	Pau mulato	Reflora (2017)
	<i>Uncaria guianensis</i> (Aubl)	Unha de gato	Reflora (2017)
Rutaceae A.Juss.	<i>Citrus limonia</i> Osbeck	Bergamota	de Souza and Maluf (2014)
Solanaceae A.Juss.	<i>Nicotiana tabacum</i> L.	Tabaco	Reflora (2017)
Symplocaceae Desf.	<i>Symplocos guianensis</i> (Aubl.) Gürke	Jasmim de Santo Antônio	Reflora (2017)
Urticaceae Juss.		Urtiga	Reflora (2017)
Zingiberaceae Martinov	<i>Zingiber officinale</i> Roscoe	Mangarataia	Scudeller et al. (2009)
*		Anuzinho	
*		Araticuí	
*		Bucha redonda	
*		Canuarú	

*	Casca travosa
*	Chirana
*	Cipó caar (?)
*	Cipófono
*	Cravoli ou cranoli
*	Estalina
*	General
*	Jucurizinho
*	Mavaresco
*	Moruré
*	Papada
*	Pau travoso
*	Pauxis
*	Pó do mato
*	Poncho
*	Quinino ou quinina
*	Sucubeira
*	Trombeta
*	Uirapuru
*	Uturiá

*Espécies não identificadas

ANEXO B - DADOS TÉCNICOS GERAIS DAS ENTREVISTAS E AUTORIZAÇÕES

Com a finalização da fase da pesquisa de campo juntamente com a coleta das entrevistas nos anos de 2013, 2015 e 2016, obtivemos a soma total de 15h:54m:37s, referente à 29 entrevistas. Para a realização destas, foram utilizados três tipos de equipamentos. A primeira consistiu em gravar a voz com gravador portátil. A segunda, em gravar a imagem e som através de câmera fotográfica semiprofissional. E a terceira, e mais utilizada, foi a gravação da voz através de aplicativo em celular. É importante ressaltar que também estava disponível para as entrevistas um gravador profissional Tascam DR-40, este que tem dois microfones embutidos e capta melhor o som e abafa os ruídos de ambientes. Entretanto, dado o fato de que este gravador é maior e mais aparente perante o colaborador, nenhum destes ficaram à vontade para o registro com este tipo de aparelho. Portanto, dado o fato do aparelho celular ser muito comum entre todas as comunidades, sua presença em uma entrevista era mais tranquila e admissível, levando assim, a realização das gravações das entrevistas através deste.

Para o registro fotográfico, foram utilizadas as câmeras Canon DSLR EOS Rebel T3i, Nikon L820 (ambas semiprofissionais), além de câmera de celular. Para as transcrições foram usados notebook DELL Inspiron 14, além de programas do Google como o Web Speech API¹⁸⁴, que transcreve, porém sem pontuação e com confusão de algumas palavras com sotaques, gírias e vícios de linguagem, o que gera uma revisão criteriosa na transcrição.

Devido ao uso das imagens e som, durante a apresentação do projeto de pesquisa da tese, em conversas informais (pré-entrevista), foi informado que para a incorporação das entrevistas na pesquisa e publicações futuras, era necessário a autorização por escrito do colaborador, além de seus dados de identificação. Foi esclarecido que estas entrevistas poderiam ser usadas por outros pesquisadores de diferentes áreas, e que para isso, todos deveriam passar por aprovação dos pesquisadores do Laboratório de História Oral do PPGH-PUCRS, o qual tem as entrevistas (áudio e imagem) além da guarda dos documentos escritos gerados em campo e após, já em fase da construção textual. Assim, todas as entrevistas aqui apresentadas foram devidamente autorizadas.

Como recurso humano para a realização das entrevistas, a autora desta pesquisa foi a responsável. Entretanto, no ano de 2013, em entrevista concedida na Secretaria Municipal de

¹⁸⁴ Ver o site: <https://www.google.com/intl/pt/chrome/demos/speech.html>. Acesso em maio de 2017.

Educação de Oriximiná, a colaboradora Eunice Pereira de Jesus, a pesquisa teve o auxílio de Diogo Travagin, para a gravação e edição de imagem e som. Já no ano de 2016, a pesquisa teve o auxílio de moradores locais, os quais orientaram possíveis colaboradores e comunidades. Em Oriximiná (PA), o colaborador Raimundo Guerreiro, que além de participar da pesquisa, nos levou as comunidades no Lago Sapucúá e Sacurí com seu rabeta. Muitas histórias fantásticas ele contou, todos os dias foram de muito aprendizado sobre a região, sobre a cultura e, principalmente, sobre a humildade e vontade de ajudar o próximo. Na cidade de Terra Santa (PA), a pesquisa contou com dois auxiliares. O primeiro foi Wyllen Bentes, que indicou e levou aos possíveis depoentes, e a segunda pessoa foi Ana Cláudia, que além de indicar e levar, me ofereceu sua casa para passar alguns dias enquanto realizava a pesquisa. Ambos foram meus colaboradores informais, isto é, registrei seus conhecimentos e histórias, porém não tenho a autorização para divulgar, mas esse fato não deixou de enriquecer a pesquisa.

Abaixo seguem as autorizações das entrevistas mais utilizadas nesta pesquisa. Não foram colocados os dados pessoais em anexo para a proteção e privacidade dos colaboradores. Entretanto, acompanham as gravações e documentos transcritos no Laboratório de História Oral do PPGH-PUCRS.

AUTORIZAÇÕES – TERMO DE CONSENTIMENTO**AUTORIZAÇÃO**

Eu, Eunice Pereira de Jesus, abaixo assinado concedo à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Centro de Pesquisa em História Oral, as gravações e respectivos conteúdos imagéticos e transcritos resultantes do meu depoimento realizado em 25 de setembro de 2013, sendo o uso do material direcionado para objetivos acadêmicos que os representantes da dita Universidade determinarem.

Oriximiná, 25 de setembro de 2013.

Eunice Pereira de Jesus

AUTORIZAÇÃO

Eu, CAREN CECÍLIA SOUSA NASCIMENTO, abaixo assinado concedo à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Centro de Pesquisa em História Oral, as gravações e respectivos conteúdos imagéticos e transcritos resultantes do meu depoimento realizado em 22 de maio de 2015, sendo o uso do material direcionado para objetivos acadêmicos que os representantes da dita Universidade determinarem.

Oriximiná, 22 maio de 2015.

Caren Cecília Nascimento

AUTORIZAÇÃO

Eu, Damezinda dos Santos Souza, abaixo assinado concedo à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Centro de Pesquisa em História Oral, as gravações e respectivos conteúdos imagéticos e transcritos resultantes do meu depoimento realizado em 26 de maio de 2015, sendo o uso do material direcionado para objetivos acadêmicos que os representantes da dita Universidade determinarem.

Oriximiná, 26 maio de 2015.

Damezinda dos Santos Souza

AUTORIZAÇÃO

Eu, Regina Cristina Ferveria Coetinho, abaixo assinado concedo à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Centro de Pesquisa em História Oral, as gravações e respectivos conteúdos imagéticos e transcritos resultantes do meu depoimento realizado em 27 de maio de 2015, sendo o uso do material direcionado para objetivos acadêmicos que os representantes da dita Universidade determinarem.

Oriximiná, 27 maio de 2015.

Regina Cristina Ferveria Coetinho

AUTORIZAÇÃO

Eu, Raimundo Luiz Guerreiro Canto, abaixo assinado concedo à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Centro de Pesquisa em História Oral, as gravações e respectivos conteúdos imagéticos e transcritos resultantes do meu depoimento realizado em 07 de junho de 2016, sendo o uso do material direcionado para objetivos acadêmicos que os representantes da dita Universidade determinarem.

Oriximiná, 07 junho de 2016.

Raimundo Luiz Guerreiro Canto

AUTORIZAÇÃO

Eu, Jarbas Gato de Sousa, abaixo assinado concedo à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Centro de Pesquisa em História Oral, as gravações e respectivos conteúdos imagéticos e transcritos resultantes do meu depoimento realizado em 08 de junho de 2016, sendo o uso do material direcionado para objetivos acadêmicos que os representantes da dita Universidade determinarem.

Oriximiná, 08 junho de 2016.

Jarbas Gato de Sousa

AUTORIZAÇÃO

Eu, Gilberto Marinho, abaixo assinado concedo à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Centro de Pesquisa em História Oral, as gravações e respectivos conteúdos imagéticos e transcritos resultantes do meu depoimento realizado em 10 de junho de 2016, sendo o uso do material direcionado para objetivos acadêmicos que os representantes da dita Universidade determinarem.

Oriximiná, 10 junho de 2016.

GILBERTO marinho

AUTORIZAÇÃO

Eu, Maria Emedina do Rosário, abaixo assinado concedo à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Centro de Pesquisa em História Oral, as gravações e respectivos conteúdos imagéticos e transcritos resultantes do meu depoimento realizado em 10 de junho de 2016, sendo o uso do material direcionado para objetivos acadêmicos que os representantes da dita Universidade determinarem.

Oriximiná, 10 junho de 2016.

Maria Emedina do Rosário

AUTORIZAÇÃO

Eu, Maria Zuleide Viana dos Santos, abaixo assinado concedo à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Centro de Pesquisa em História Oral, as gravações e respectivos conteúdos imagéticos e transcritos resultantes do meu depoimento realizado em 13 de junho de 2016, sendo o uso do material direcionado para objetivos acadêmicos que os representantes da dita Universidade determinarem.

Oriximiná, 13 junho de 2016.

Zuleide Viana dos Santos

AUTORIZAÇÃO

Eu, Claudemiro Cole Viana, abaixo assinado concedo à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Centro de Pesquisa em História Oral, as gravações e respectivos conteúdos imagéticos e transcritos resultantes do meu depoimento realizado em 23 de junho de 2016, sendo o uso do material direcionado para objetivos acadêmicos que os representantes da dita Universidade determinarem.

Oriximiná, 23 junho de 2016.

Sem alfabetização

AUTORIZAÇÃO

Eu, Maria Socorro Batista dos Reis, abaixo assinado concedo à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Centro de Pesquisa em História Oral, as gravações e respectivos conteúdos imagéticos e transcritos resultantes do meu depoimento realizado em 16 de junho de 2016, sendo o uso do material direcionado para objetivos acadêmicos que os representantes da dita Universidade determinarem.

Nhamundá (AM), 16 junho de 2016.

Maria Socorro Batista dos Reis

AUTORIZAÇÃO

Eu, Cecília dos Santos Guerreiro, abaixo assinado concedo à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Centro de Pesquisa em História Oral, as gravações e respectivos conteúdos imagéticos e transcritos resultantes do meu depoimento realizado em 18 de junho de 2016, sendo o uso do material direcionado para objetivos acadêmicos que os representantes da dita Universidade determinarem.

Terra Santa (PA), 18 junho de 2016.

Cecília dos Santos Guerreiro

AUTORIZAÇÃO

Eu, Antônio Anamba Beraldo, abaixo assinado concedo à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Centro de Pesquisa em História Oral, as gravações e respectivos conteúdos imagéticos e transcritos resultantes do meu depoimento realizado em 19 de junho de 2016, sendo o uso do material direcionado para objetivos acadêmicos que os representantes da dita Universidade determinarem.

Terra Santa (PA), 19 junho de 2016.

Antônio Anamba Beraldo

AUTORIZAÇÃO

Eu, Raimunda Maciel da Silva, abaixo assinado concedo à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Centro de Pesquisa em História Oral, as gravações e respectivos conteúdos imagéticos e transcritos resultantes do meu depoimento realizado em 19 de junho de 2016, sendo o uso do material direcionado para objetivos acadêmicos que os representantes da dita Universidade determinarem.

Terra Santa (PA), 19 junho de 2016.

Não alfabetizada

AUTORIZAÇÃO

Eu, José Lopes dos Santos, abaixo assinado concedo à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Centro de Pesquisa em História Oral, as gravações e respectivos conteúdos imagéticos e transcritos resultantes do meu depoimento realizado em 28 de junho de 2016, sendo o uso do material direcionado para objetivos acadêmicos que os representantes da dita Universidade determinarem.

Oriximiná, 28 junho de 2016.

José Lopes dos Santos

AUTORIZAÇÃO

Eu, María do Carmo Colé Viana, abaixo assinado concedo à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Centro de Pesquisa em História Oral, as gravações e respectivos conteúdos imagéticos e transcritos resultantes do meu depoimento realizado em 28 de junho de 2016, sendo o uso do material direcionado para objetivos acadêmicos que os representantes da dita Universidade determinarem.

Oriximiná, 28 junho de 2016.

maria do carmo colé viana

AUTORIZAÇÃO

Eu, Iranilde Cardoso dos Santos, abaixo assinado concedo à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Centro de Pesquisa em História Oral, as gravações e respectivos conteúdos imagéticos e transcritos resultantes do meu depoimento realizado em 06 de julho de 2016, sendo o uso do material direcionado para objetivos acadêmicos que os representantes da dita Universidade determinarem.

Oriximiná, 06 julho de 2016.

Iranilde Cardoso dos Santos



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria Acadêmica
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: proacad@pucrs.br
Site: www.pucrs.br/proacad