

## **SOBRE DOENÇAS, TERRAS E GENTES DE ANGOLA: UM OLHAR SETECENTISTA.\***

**Valdemir Zamparoni**

Departamento de História/Pós-Afro  
Universidade Federal da Bahia

**Resumo:** Este texto é uma tímida incursão sobre a obra de um dos autores da medicina setecentista – Aleixo de Abreu - que se relaciona, marginalmente, com um projeto mais amplo<sup>1</sup> que desenvolvo e para o qual fiz pesquisas em Moçambique, Portugal e sobretudo no Arquivo Histórico de Angola e que tem como objeto maior estudar os encontros e confrontos ocorridos entre a expansão da medicina ocidental em terras de Angola e Moçambique, onde predominavam outras práticas de cura fundadas em bases e universos culturais distintos daquela.

**Palavras-chaves:** Medicina ocidental; Aleixo de Abreu; Angola

### **ON DISEASES, LAND AND PEAPLE OF ANGOLA: A SEVENTEENTH CENTURY LOOK**

**Abstract:** This paper is a timid foray on the work of one of the authors of eighteenth-century medicine – Aleixo de Abreu - that relates marginally with a larger project I develop and for which I did research in Mozambique, Portugal and especially the Historical Archives of Angola and whose main object studying encounters and confrontations that occurred during the expansion of Western medicine in the lands of Angola and Mozambique, where predominated other healing practices founded on bases and different cultural universes.

**Keywords:** Western Medicine; Aleixo de Abreu; Angola

\*\*\*\*\*

---

\* Versão foi apresentada no XXVI Simpósio Nacional da ANPUH, julho de 2011.

*Com pena tão peregrina  
Tratas do mal tão sciente  
Que se pode ser doente  
Por gozar da medicina:  
E se os remedios que ensina  
Troço da doença a sorte,  
Fazendo hu bem, mal tão forte,  
Julgarei com tal medida  
Que fazeis meyo de vida  
Os meyo que são da morte.\*\**

Estudos históricos, sociológicos e antropológicos, influenciados por Foucault (1961, 1963), interpretaram a instituição médica em terras coloniais – hospitais, métodos e ideologia – como instrumento de controle social e uma ferramenta na consolidação do projeto colonial; veículo da visão de mundo e do modo de vida europeu dito “civilizado” sobre populações tidas como “selvagens” e ignorantes, enfim uma arma do poder colonial para criar, sustentar e justificar subalternidades (Arnold: 1988, 1994, MacLeod e Lewis: 1988, Vaughan: 1991, Bastos: 2001, 2002). Contudo, ainda que interessante e bem argumentada, esta tese por seu caráter generalizante tem sido gradativamente abandonada a favor de abordagens historicamente mais bem situadas e sustentadas em documentação primária que apontam para as diversas agendas locais na configuração da relação com a medicina ocidental (Bell, 1999; Bastos, 2004), suplantando o binarismo corrente nas interpretações generalizantes sobre a relação colonizador-colonizado. Tal como em todos os aspectos do cotidiano colonial, as tramas sociais efetivamente tecidas *in loco* foram muito menos unidirecionais do que se poderia pensar em se tratando de um processo de dominação, sobretudo porque as relações entre o conhecimento médico do ocidente europeu e as sociedades africanas e suas práticas de cura, não se iniciaram com o colonialismo que impôs uma aparente dicotomia entre colonizadores e colonizados. Para compreender esta relação na longa duração se faz necessário recuar a periodização para um passado mais distante em busca de se compreender a complexidade das múltiplas tramas que teceram as mudanças, quer da medicina ocidental, quer dessa em suas relações com as práticas de curas africanas. Nestes tensos e dinâmicos espaços de encontros interculturais, ideias, técnicas e procederes circularam em todos os sentidos e novas sínteses foram criadas (Zamparoni, 2007).

---

<sup>1</sup> Apoiado por bolsa de Produtividade em Pesquisa, do CNPq.

\*\* Dona Anna de Sancto Augustinho, Freira professora de Sancta Anna, nos prólogos da obra.

Muito antes de se estabelecer o colonialismo e quando as práticas de cura europeias estavam muito distanciadas do que atualmente se costuma designar como biomedicina, os africanos, seus usos e costumes, despertaram a atenção de europeus. Viajantes, missionários e cronistas se interessaram também pelas doenças e as formas como os “naturais da terra” lidavam com elas – as quais tinham as vezes que recorrer - mas o faziam de uma maneira superficial e sem um olhar metódico e investigativo (p. ex. Duarte Lopes. *Relação do Reyno do Congo e Terras Circunvizinhas*).

Até as décadas iniciais do séc. XX a presença da ciência médica ocidental resumia-se em terras africanas aos médicos militares e aos raríssimos “facultativos” privados que tinham como objetivo cuidar da saúde dos raros europeus e luso-africanos - com riqueza e destaque social - estabelecidos nas cidades e vilas, nas quais predominava uma população de origem local. Desde os primórdios de sua presença os europeus tomavam a África, seu clima, plantas, animais e pessoas como um conjunto exótico e desconhecido. Seus males, que não deixavam de afligir e até mesmo aterrorizar europeus, parecia-lhes flagelos com quais não se podia lidar facilmente. O tema da insalubridade e de quão perigosas seriam as terras africanas para os europeus, percorre a literatura de viagens desde o século XVI e aos poucos se consolidou no mito de que o continente seria “o túmulo do homem branco” (Curtin, 1961). Em razão dele surgiu um campo de saber médico – topografia médica - voltado para o estudo metuculoso dos climas, as condições, meios e técnicas para a aclimação dos europeus em terras africanas (ver entre tantos, Cabral, 1870; Ribeiro, 1897 e 1907; Correia, 1924). Outra vertente ideológica do mito procurava justificar a intensa exploração da força de trabalho dos africanos como única maneira de arrancar as riquezas do continente uma vez que o clima não permitiria que os europeus nele trabalhassem (Zamparoni, 2007).

O exotismo e a letalidade das doenças africanas mereceram o olhar apurado dos poucos europeus dotados de atento espírito investigativo. Impelia-os o objetivo de compreender e tratar as doenças de europeus e luso-africanos na África, mas também dos africanos, em geral, a fim de minimizar as perdas econômicas resultantes dos achaques dos escravizados destinados às Américas, em particular para o Brasil, que os levava à inatividade ou mesmo à morte, com prejuízo dos seus senhores. Dentre os vários males – febres, lombrigas, parasitoses, etc. - que grassavam, na África e terras americanas, em meio à escravaria, vou aqui destacar o chamado *mal de Loanda* e o *maculo*, também chamado de *o mal do bicho*.

\*\*\*\*\*

Um dos primeiros olhares sistemático sobre essas doenças, de que tenho notícia, foi o de Aleixo de Abreu (\*Alcáçovas, 1568 - † Lisboa, 1630), em seu *Tratado de las siete enfermedades*, Lisboa, 1623, no qual procura identificar suas causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e cura. O que se pretende aqui é uma primeira e tímida aproximação com a obra e seus argumentos.

Alentejano de nascimento, estudou em Évora e depois Medicina em Coimbra, viveu em Lisboa, onde procurou a companhia dos doutos médicos que nela assistiam, entretanto, ao que declara, sem muito sucesso monetário pois não era conhecido no meio cortesão. Decidiu-se, pois, a abandonar não só a cidade, mas o reino em companhia de algum vice-rei ou governador de terras ultramarinas. Depois de ter recorrido aos favores de certo nobre, em razão de relações familiares e de dívidas de gratidão ao seu avô que morrera no mar a serviço da coroa – donde se conclui que o compadrio é mal de longa data - seguiu em 1597 para Angola com o Governador Furtado de Mendonça. Nessa terra permaneceu nove anos, na paz e *nas guerras de conquista daquelas províncias* nas quais serviu, quer como médico e cirurgião, quer como soldado e capitão, pondo ao dispor da coroa, seus *escravos, cavalos, armas e fazenda*, gastando toda a fortuna que havia adquirido, sem ter sido recompensado adequadamente como julgava que deveria, quer pela *qualidade de seus avós, quer pelos nobres serviços a que se propôs*. Desiludido, retornou a Lisboa onde passou a escrever sobre a sua custosa experiência; os *contínuos e excessivos trabalhos*, que naquelas terras padeceu e as doenças que sofreu, não para *gloria própria, mas para remediar males comuns*.

As sete enfermidades de que trata o título são as doenças do fígado e rins, satiríasis, febre terçã e maligna, paixão ou “melancolia hypocondríaca” e três outros tratados sobre a melhor maneira de abrir as “Fuentes y Sedales”; da *nueva enfermedad del gusano* e do *nuevo y incognito mal de Loanda, de los antiguos no conocido, ni de modernos curado*. Algumas desses males sofreu no próprio corpo e os curou com sucessivos vomitórios e sangrias diversas, não sem agradecida ajuda divina, e, por tê-las padecido, se julgava, segundo doutrina de Galeno, mais apto do que ninguém para delas tratar. O livro está disposto consoante as doenças, sua identificação, terras onde ocorrem, casos clínicos e terapêuticas. Vou aqui apenas me deter em duas doenças sofridas pelo autor e que se

relacionam quer com a África, em particular com Angola e Congo, quer com os escravos dali levados para terras transatlânticas do Brasil. Princípio por falar do “mal de Loanda” e depois da “enfermedad del guzano”, tal qual são apresentados na obra.

### **Do mal de Loanda**

Antes de principiar a falar da causa do mal, propriamente dito, o autor procura situar o leitor no ambiente em que grassa a doença e nos fornece – ainda que parcos – interessantes detalhes sobre o cotidiano – atividades e alimentação - dos escravos e traficantes que frequentavam a Ilha de Loanda em busca de resgatar negros e das relações entre estes e as terras firmes e suas gentes. Por exemplo, informa-nos de que os escravos, que ficavam dias e dias à espera que se completasse a carga dos navios, eram desembarcados todos as manhãs manietados uns aos outros com correntes de ferro. Os navios serviam assim de prisão noturna. Durante o dia eram mantidos nos areais da Ilha, sobre esteiras<sup>2</sup>, gozando o sol, algo que parecia ao autor, apetecer-lhes. Alguns teciam cestas e utensílios de palha que usavam como pratos para comer a papa de “farinha de pau” levada do Brasil e uma leguminosa local (*encassa*, feijão preto, do KinBundu *nkasa*) de formato um pouco maior, mas da mesma substância da lentilha, de qualidade *fria, ventosa e melancholica*. Comiam também peixe apanhado na própria ilha, na maioria dos casos assados de vários dias (defumados), quer por que o preferissem assim, quer por imposição de seus senhores que temiam que se assim não fosse poderiam estar estragados, o que poria em risco a saúde de sua preciosa mercadoria humana. “Vacas bravas”, muito abundantes terra adentro, eram abatidas por caçadores que usavam arcabuzes, e sua carne - retalhada em pequenas porções, assada e defumada de modo a impedir que se corrompesse -, era vendida na Ilha quer para ali alimentar os “da terra”, quer para compor a matolagem dos navios negreiros.

Bebiam os escravos água obtida de covas abertas no solo da Ilha, de melhor qualidade quanto mais distante do mar, mas sempre salobra e mesmo salgada. O ar era sempre ventoso e úmido e os dias, em alguns meses do ano mais que em outros, permaneciam nublados até as 10 ou 11 horas da manhã<sup>3</sup>. Somados o clima, a alimentação e o fato de ficarem horas a fio sentados sobre esteiras em areia úmida e expostos à

---

<sup>2</sup> Aleixo de Abreu afirma que o nome Loanda em língua “etiópica”, quer dizer esteira. Os povos do interior de Angola davam a este objeto o nome de “macilla”, donde certamente veio *machila*.

<sup>3</sup> Embora não o nomeie, este fenômeno climático, o *cacimbo*, é bem conhecido dos luandenses, e mereceu por séculos a atenção da medicina ocidental.

inclemência do sol, muitos eram atacados por tosses e catarros que os levavam à morte, ainda antes de serem embarcados.

Os que não padeciam de males pulmonares não deixavam de se enfermar do que chama de “mal de Loanda”. Segundo afirma, embora a doença ocorresse em outras partes de Angola e em homens que andavam muito tempo a marear, era mais comum atacar aqueles que tinham estado em Loanda. A razão pela qual acometia indistintamente corsários e forasteiros, negros e brancos, era atribuída ao fato de que todos consumiam alimentação semelhante: carnes salgadas, presunto de toucinho, queijos, manteigas, alguns tipos de pescado, legumes e águas más e *corruptas*, vinhos grossos, avinagrados, viscosos e podres, pão mofado. Tal cardápio era apontado como a *causa antecedente* e material da doença à *custa* [do que] *tanto número de gente deste mal tem morrido, sem remédio.*(157v.).

Em termos físicos, consistia o “mal de Loanda” numa opilação dos órgãos internos principais, tais como o fígado e baço, veias cava e mesentérica, precórdios, estomago e intestinos, causada pela sinergia entre o clima impróprio, a má alimentação e o consumo de água salgada *grossa e má* que, ao esquentar em demasia o sangue, criaria uma quentura e umidade supérfluas que, sob o calor excessivo provocado pelo sol tropical, derreteria os humores da cabeça e partes altas do corpo que desceriam para as partes baixas onde opilariam sobretudo o baço que, por sua natureza branda, esponjosa, frieza e fragilidade, se prestaria mais a absorver do que a expelir tal matéria danosa.

A retenção dos humores nas partes mais distantes dos órgãos nobres (fígado e baço), mesclado com sangue impuro e vicioso, provocaria chagas incuráveis nas pernas, curvas e joelhos. Os *vapores mordazes e podres* que se levantavam dos mesmos humores e membros inferiores, pelo pouco calor natural, - suficiente para fazê-los subir mas, não para cozê-los e expeli-los - juntamente com as umidades que se destilavam no cérebro, atingiam as gengivas com uma corrosão negra, com chagas que as desfaziam e da quais exalava odor pútrido.

Alguns dos que não foram aquinhoados pela boa sorte da cura tiveram os corpos abertos e escrutinados pelo olhar atento do médico que constatou que seus fígados e baços quase estavam se desfazendo, liberando uma água grossa, sanguinolenta e de mal odor, com as veias e partes circundantes opiladas, o sangue grosso, não tendo esses órgãos força nem calor para cumprir a sua missão de secretar, separar, cozer, limpar e distribuir aquela

massa sanguínea e aquosa. Os humores eram tais que não cabiam nos vasos, subiam pelo diafragma e coração, causando inchaço do peito e demais membros.

Quando os órgãos já estavam demasiadamente comprometidos, e se encontrava enfraquecida a natureza e o calor natural do corpo, já não se podia socorrer-se dos remédios, fossem os da botica do médico, fossem os que pela terra podia obter. A estes doentes o médico avisava do “desengano” e aconselhava a *diligência necessária para sua salvação*, para que *tratassem de suas consciências* e que *dispusessem do modo que era necessário para bem morrer*; porque era certo que *com todo este mal e havendo chegado a este estado sua enfermidade, não se acabavam de persuadir desta verdade: que se morriam, e em breves horas*.

A vizinhança da morte se sucedia quando, pela antiguidade, força e malignidade, o mal já se tinha apoderado dos membros ou quando ia num crescendo, sem que os remédios fizessem efeito, por estarem deteriorados ou pela falta deles naquelas terras. Sem os remédios com que se estava habituado a tratar, o médico era premido pelas circunstâncias a “usar de alguns sumos de ervas e cozimento delas, das quais os naturais daquela terra usavam nesta e nas demais enfermidades que tinham”. Deixa assim, escapar pistas de que os da terra possuíam conhecimento não só desta doença, e seus fitoterápicos específicos, como eram dotados de um arsenal de saberes mais amplo sobre medicamentos, doenças e terapêuticas.

Em busca de cura, os doentes, sobretudo soldados, marinheiros e grumetes que na Ilha de Loanda serviam aos navios negreiros, eram levados para o hospital da Vila de São Paulo; muitos se curavam, a depender do estado em que chegavam. Com esta operação de deslocamento, negros e brancos se livrariam das doenças pulmonares e até mesmo, se bem cuidados, do “mal de Loanda” mas, neste caso, sob a condição de continuarem sua convalescência em terras mais salubres - numa “aldeia de negros”, chamada Quiso - pouco mais de três léguas da Vila de São Paulo que, por ser distante do mar, tinha “ares delgados e secos” e água de melhor qualidade. Além de alguns doentes curados em terras de Angola, em Lisboa curou Bárbara Sampayo, em 1607, que fora resgatada de um navio corsário, no qual andara muitos anos no mar.

A partir do século XVI as fontes começam a apontar para os casos de mulheres embarcadas e as sucessivas ordens de almirantes e capitães indicam que a prática não era

nem tão rara, nem as ordens piamente obedecidas, embora representassem ínfimo número em relação aos dos homens. Na chamada Carreira das Índias aponta-se a presença de 97% de homens e 3% de mulheres, estas as oficialmente embarcadas como passageiras, pois também havia as clandestinas. As primeiras, geralmente acompanhavam esposos e pais mas, mesmo assim, para evitar molestamentos masculinos, eram segredadas em espaços restritos, de difícil acesso e bem vigiados, como o chamado “camarote da varanda”, na popa, tido como o local mais incomodo e perigoso (Lopes e Frutuoso, 2003). Difícil avaliar o número das clandestinas, sempre mal quistas, porém, não raro, presentes nas naus. Uma das primeiras ocorrências relatadas deu-se na viagem de Vasco da Gama à Índia, em 1524, quando, já na costa de Moçambique, três mulheres foram descobertas a bordo das naus e severamente punidas com açoitamento público (Barros, 2004, p.260). Quando a punição não era tão dura, a regra era deitá-las para fora, no cais de partida, ou à primeira escala, quando descobertas em alto mar. A varredura dos navios, à partida, em busca de sua presença nem sempre era eficaz. Algumas se disfarçavam de homens, outras contavam com a proteção dos mais graduados membros da tripulação - capitães, pilotos e mestres -, como relatou ao rei, em 1530, Frei Vicente de Laguna, para quem tal presença era a razão de grandes contendas a bordo (Lopes e Frutuoso, 2003). Tidas como portadoras de mal agouro, eram vistas como a *peçonha que o diabo costuma introduzir pera perdição dos navegantes*, nas palavras o Padre Sebastião Gonçalves, em 1562 (Apud, Lopes e Frutuoso, 2003). O certo é que, como prostitutas ou amantes, sua presença, ao mesmo tempo desejada e vedada, era mínima, o que explica frequentes referências às ocorrências do *pecado de sodomia*. Seria Barbara Sampayo uma destas clandestinas ou fora raptada pelos corsários? Não temos como saber. O certo é que o detalhe de que estivera por anos a marear não escapou ao nosso autor. Alias, foi ela a única pessoa curada por ele que mereceu ser nominada, embora tivesse curado, ainda em Lisboa, alguns outros homens do mar, vindos das Índias Orientais.

### **Da enfermidade do guzano, ou do “mal do bicho”**

Embora aponte que o mal ocorria de formas distintas, as causas seriam sempre as mesmas em todos os casos. Porém, como procedimento metódico, tal como fizera nas doenças anteriormente estudadas, o autor não fala do mal, seus sintomas e terapêutica adotada, senão depois de apontar as terras nas quais ocorria, suas causas e sinais. Embora a enfermidade fosse desconhecida na península ibérica era muito comum e velha conhecida dos moradores e naturais dos reinos de Angola e Congo e do Estado do Brasil, inclusive na Vila de São Paulo, e começava por circular pela cidade de Lisboa, onde o autor tratou de alguns padecentes. Sua presença, contudo, era maior no Reino de Angola. Nesta terra, muitos se queixavam de um conjunto de sintomas que apareciam mais em uns que em outros, normalmente depois da execução de tarefas laboriosas a pé ou a cavalo: dores de cabeça, fraqueza nos membros, gases intestinais, demasiada sede e falta de apetite, ardor e mesmo fissuras e chagas no ânus<sup>4</sup>. Diz o autor que estes sintomas teriam como causa imaterial o calor seco excessivo e como causas materiais o “humor cholérico, ou flegma salada”. Para nós, leitores do século XXI, acostumados com outra ordem de pensamento científico e materialista, a classificação das causas parece-nos invertida.

Lamentava o médico de que o diagnóstico tardio poderia impedir a cura, uma vez que a doença era célere. Os minúsculos vermes provocavam chagas corrosivas dos tecidos internos do ânus, subiam pelo intestino reto e depois intestino superior, causando fortes dores que levavam a sucessivos desmaios e finalmente à morte já que, tal como afirmavam Hipócrates e Galeno, era muito difícil tratar enfermidades nesta área, em razão das características excrementais e da umidade, que debilitavam o calor interior.

Se a causa do mal era imaterial e inicial, como acima se definiu, recomendava a cessação imediata do exercício físico extenuante e o uso de água fria canforada misturada com clara de ovo, na área afetada seguida de uma alimentação fria: lentilhas, alface, escarola, abóbora cozida, ameixas, passas, maçãs cozidas, papa de pão e muita água fria com açúcar rosado, cuja função era purgar. Claro que obter alguns desses produtos não era tarefa fácil em terras tropicais, onde a doença assolava. Para descobrir a gravidade do mal sugeria um método que aos nossos olhos parece um tanto exótico: um limão bem azedo polvilhado com sal deveria ser introduzido no ânus do doente; se a evacuação se fizesse com grande dor e queimação indicava que a doença estava avançada. Neste caso o tratamento era mais complexo e exigia, além dos procedimentos e cuidados anteriores, a

lavagem da área com óxido de cobre dissolvido em sumo de limões galegos e depois a área deveria ser continuamente molhada com o sumo extraído da fedegosa (*Chenepodium vulvaria*, L.), apropriadamente conhecida no Brasil e Angola como “erva do bicho”, cuja eficácia seria maior se estivesse mesclada com alvaiade (carbonato de chumbo), óleo rosado e “espuma” de prata ou de chumbo. Desta mistura deveriam ser embebidas mechas de algodão sobre as quais se pingariam gotas de limão galego e pó de *cardenillo* (óxido de cobre), depois introduzidas no ânus ao menos três vezes ao dia, fazendo com que ali permanecesse o máximo de tempo possível. Para minimizar o efeito desta mistura acre, indicava a água rosada, não bastando, deveria ser usado leite de peito, recém obtido. Seguido à risca o tratamento “se librará do mal tan fácil, y seguro (curandose al principio), como es difficultoso, y pelligrossimo, curado fuera de tiempo, y de ocasion ligera” (p. 197).

Para além das causas acima apontadas associadas aos humores fleumáticos salgados e coléricos o autor afirma que a doença atacava pessoas “descuidadas, y poco sollicitas de la limpieza corporal de las tales partes inferiores” (197v.) o que não era de se espantar dadas as condições precárias nas quais eram mantidos os escravizados ou em que viviam marinheiros e soldados. A terapia incluía, além de procedimentos alimentares e medicamentos tópicos, quantas sangrias se fizessem necessárias.

Menciona rapidamente dois outros tipos de vermes: um deles, (*Tunga penetrans*) no Brasil conhecido como “bicho do pé”, “bicho de porco” e em Angola e Moçambique como *matacanha* e de um outro abundante na Costa da Mina que entrava nas pernas dos homens e cresciam até se tornarem do comprimento e diâmetro de uma corda grossa de viola (*Dracunculus medinensis* ou “Verme da Guiné”). Diz que não se alongava sobre estes dois tipos de vermes não só porque inexistentes na península ibérica, mas por se tratar de matéria dos cirurgiões, considerada atividade prática, inferior e indigna de ser tratada pelos formados em medicina – e, sobretudo, “porque los naturales de aquellas partes lo saben muy bien curar, com mucha facilidad, por la grande, y continua, experiencia que dello tienen” (p.200).

Se na obra o texto do diagnóstico das causas e sintomas foi redigido em “Romance” (vernáculo), para “satisfação da curiosidade dos que desejarem saber que coisa seja o mal de Loanda, e as causa de onde procede”, a parte que se refere ao tratamento foi redigido em Latim. Curiosamente o mesmo princípio não foi seguido ao tratar do “mal do gusano”.

---

<sup>4</sup> Essa doença passou a ser conhecida como *xiringosa* e *maculo* e sobre ela há notícias, em Angola, em

Já o capítulo sobre a Satiríasis fora todo ele redigido em Latim, certamente para não deixar acessível ao público leigo os termos e situações lúbricas descritas no texto, sobretudo tendo sido o autor um padecente das mesmas.

Em relação ao “mal de Loanda” a restrição se justificaria segundo o autor porque “o método e uso dos remédios com que se deve proceder a esta cura só pertence aos Médicos, que são os que devem curar a enfermidade e não aos homens de capa e espada” e nem mesmo aos homens que não sendo médicos teriam alguma experiência no “uso de enfermidades e curas semelhantes” e que andam nas naus embarcados, pois a novidade desta enfermidade - “não conhecida dos antigos, nem curada pelos modernos deste nosso tempo” (p.160) – não permitia que “homens ignorantes”, nem aos “barbeiros e cirurgiões romancistas, os quais querendo usar da medicina, sem entender, nem saber usar do método necessário, nem os remédios, pois embora sejam velozes em os aplicar, o fazem de qualquer modo, na primeira ocasião que se lhes oferece, com o que não somente comprometem a excelência dos remédios, que em legitima ocasião bastaria para consumir e desbaratar o mal, mas (o que é pior) servem para matar o pobre enfermo, e dizem, sobretudo, que não morreu por falta de remédios” (p.160).

Além disso, a ciência da Medicina não se praticaria tão bem em “romance”, quanto em Latim pois a “essência das coisas, suas diferenças e qualidades, a etimologia das palavras e vocábulos que ordinariamente usamos, se ditos em romance, ou causam admiração e espanto, por não serem usados, ou mofa, por não serem entendidos pelos ouvintes” (p.160v.). Com argumentos que apelam quer para a falta de conhecimentos, quer para os de cariz lingüístico, pretende cerrar as portas do exercício da Medicina a “homens ignorantes, que sabendo ler muito mal um processo de letra de molde” lêem “semelhantes tratados compostos em romance, arreganhando os dentes, mascando com a boca, torcendo os lábios, meneando a cabeça, levantando a cara e os olhos, dizem o que se lhes parece” (p.160v.). Esta prolongada defesa corporativa, ao ter exigido do autor o recurso a argumentos preconceituosos, depreciativos e mesmo jocosos em relação aos “práticos”, barbeiros e cirurgiões, indica que, na altura, a corporação médica não tinha monopólio sobre o exercício da cura, nem a Medicina, tal como por ele entendida, tinha unanimidade acerca de sua legitimidade ou superioridade.

Apesar de argumentos em defesa dos métodos dos médicos e de sua ciência, não tinha como escapar da forte influência da mentalidade religiosa que perpassava a sociedade

de então e não causa surpresa que comece a falar da cura “em nome do Senhor”. Dentre os procedimentos estavam as manobras purgatórias, medicamentos – quase todos fitoterápicos – que tivessem efeito diurético, depurativo e laxativo de modo a provocar evacuações como era o caso da “Bekabunga” (*Veronica beccabunga L.*) e sangrias com o fito de diminuir o acúmulo de humores melancólicos e a temperatura interna, desopilando os órgãos afetados.

Embora arengue contra os curadores práticos – barbeiros e cirurgiões – Aleixo de Abreu defende ao longo da obra que ao bom médico não basta a leitura de seus predecessores, mas uma longa experiência derivada da observação e do exercício prático – enfim, experimentação e empirismo, caminho de aprendizagem de quantos praticavam a arte de curar. O que distinguia, pois, a prática dos médicos ocidentais, das práticas de cura africanas, mencionadas rapidamente pelo autor? Embora tenha recorrido às plantas medicamentosas locais “por não haver outras melhores” – o desconhecido parece sempre ser inferior - admite que os “naturais daquela terra” não só já eram conhecedores do mal – embora reivindique precedência em sua identificação e cura - como o curavam com o uso de plantas selecionadas “por experiência e uso que delas tinham”; ou seja, o mesmo procedimento empírico aconselhado pelo autor que, além disso, “lhes dava o crédito e fé, que a virtude e vigor às demais se deve”. Enfim, embora no século XVII os médicos recebessem já formação acadêmica e justificassem seus argumentos e procedimentos com base em bibliografia e nas autoridades clássicas, seus métodos e procedimentos derivavam da experiência prática, inexistindo na altura uma sólida barreira que separasse suas ações daquelas praticadas quer por cirurgiões práticos, quer pelos “nativos da terra”, cujos conhecimentos, vencidas as resistências iniciais, não havia como evitar.

Assim Aleixo de Abreu, querendo ou não, participou da criação de “um saber médico e, principalmente, terapêutico peculiarmente colonial que, direta ou indiretamente, refletiu e expressou o contexto multiétnico das sociedades” envolvidas (Wissenbach, 2004:1). Por outro lado, o autor não me parece poder ser incluído no rol dos seus congêneres coloniais que são apontados como “apegados à fisionomia étnica da população” (Wissembach, 2004:5). Ao situar a etiologia nos aspectos ambientais e alimentares, diagnosticar sintomas e indicar tratamentos não distinguia origens ou cores dos pacientes: assistia a pessoas de gêneros, estatutos sociais e origens diferentes – africanos, europeus, portugueses, forasteiros, marinheiros e soldados - que certamente traziam consigo bagagens culturais distintas sobre doenças e curas, mas que, de comum,

partilhavam, além da doença, a experiência de circularem por mares e territórios longínquos.

Após este pequeno, inicial e limitado exercício de leitura, pode-se dizer que no período da obra, a medicina ocidental então praticada, pouco mais do que o nome tinha em comum com a medicina que conhecemos e embora já estivesse ali prenunciada, ainda não gozava da arrogância epistemológica que passou a desfrutar mais tarde e que a faz se considerar como a única e legítima fonte de conhecimento sobre corpos, seus males, suas curas, desprezando como charlatanismo e feitiçaria, as demais.

### Referências

- ABREU, Aleixo de. **Tratado de las siete enfermedades**. Lisboa: Pedro Craesbeeck, 1623.
- ARNOLD, David (ed.). **Imperial Medicine and Indigenous Societies**. Manchester: Manchester University Press, 1988.
- BARROS, Amândio Jorge. Vida de Marinheiro. Aspectos do quotidiano das gentes de mar nos séculos XV e XVI. In VARIOS. **Estudos em Homenagem a Luis António de Oliveira Ramos**. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2004, p.249-263. Disponível em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/4966.pdf>, acesso em 13/12/2012.
- BASTOS, Cristiana. “Doctors for the empire: the Medical School of Goa and its narratives”. **Identities**, 8(4), 2001, p. 517-48.
- BASTOS, Cristiana. “The inverted mirror: dreams of imperial glory and tales of subalternity from the Medical School of Goa”. **Etnográfica**, VI (2), 2002, p. 59-76.
- BASTOS, Cristiana. “O ensino da medicina na Índia colonial portuguesa: fundação e primeiras décadas da Escola Médico-cirúrgica de Nova Goa”. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, vol. 11 (suplemento 1), 2004, p. 11-39.
- BELL, Heather. **Frontiers of Medicine in the Anglo-Egyptian Sudan, 1899-1940**. Oxford: Clarendon Press, 1999.
- CABRAL, Filomeno da Camara Mello. **As diversas raças humanas poderão indiferentemente habitar toda e qualquer linha isothermica? Será possível a aclimação dos Europeus nas possessões portuguesas ultramarinas?** Coimbra: Imprensa da Universidade, 1870.
- CORREIA, Alberto C. Germano da Silva Os climas planálticos de Angola aproveitáveis para a instalação de estâncias sanitárias de altitude. **Revista Médica de Angola**, n. 4, vol. 2, agosto 1913, Lisboa, 1924, p. 207-307.
- CURTIN, Philip D. “The White Man's Grave”: Image and Reality, 1780-1850. **Journal of British Studies**, Vol. 1, No. 1 (Nov. 1961), 1961, p. 94-110.
- FOUCAULT, Michel. **Folie et Dérison: histoire de la folie a l'âge classique**. Paris: Plon, 1961. No Brasil: **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

\_\_\_\_\_. **Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical.** Paris: PUF, 1963. No Brasil: **O Nascimento da Clínica.** Rio de Janeiro: Forense, 1977.

LOPES, Antonio e FRUTUOSO, Eduardo. **A vida a bordo nas naus da Carreira da Índia.** 2003, disponível em <http://nautarch.tamu.edu/shiplab/>, acessado em 13/12/2012.

MACLEOD, Roy e LEWIS, Milton (eds.). **Disease, Medicine and Empire: Perspectives on Western Medicine and the Experience of European Expansion.** London & New York: Routledge, 1988.

RIBEIRO, Manuel Ferreira. **Aclimação da raça europeia nas ilhas de S. Thomé e Príncipe.** Lisboa: Imprensa Libanio da Silva, 1897.

RIBEIRO, Manuel Ferreira. **Algumas regras de hygiene individual nas Colônias portuguesas.** Lisboa: Centro Typographico Colonial, 1907.

VAUGHAN, Megan. **Curing Their Ills: Colonial Power and African Illness.** Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1991.

WISSENBACH, Maria Cristina Cortez. Cirurgiões do Atlântico Sul - conhecimento médico e terapêutica nos circuitos do tráfico e da escravidão (séculos XVII- XIX). **Anais do XVII Encontro Regional de História – O lugar da História.** ANPUH/SP – UNICAMP, Campinas, 6 a 10 de setembro de 2004. Cd-rom.

ZAMPARONI, Valdemir. **De escravo a cozinheiro: colonialismo e racismo em Moçambique.** Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia, 2007.