

42 77306
Bx 4968/2

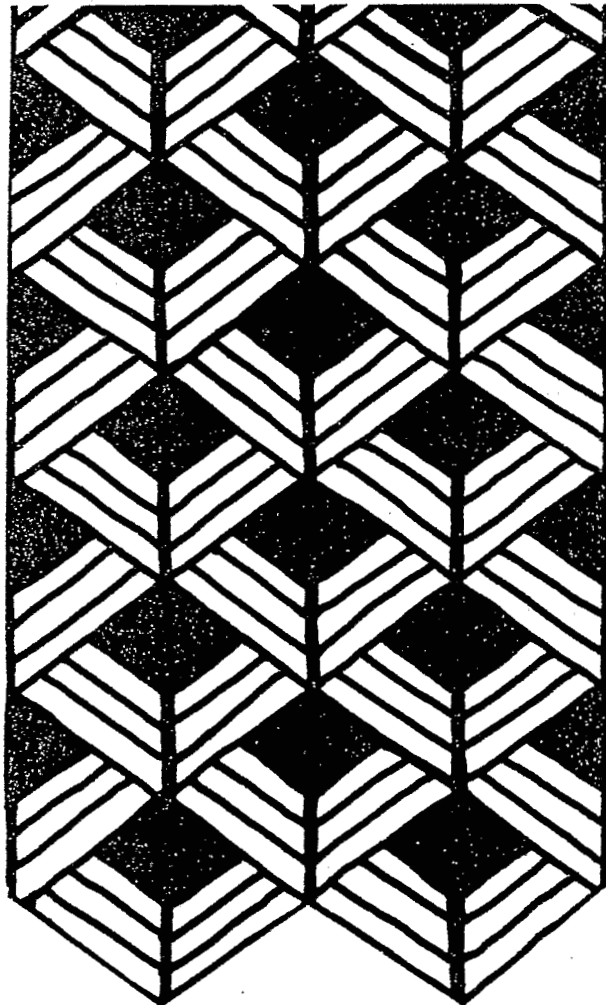


Série Antropologia

187

CONTAS DE VIDRO, ENFEITES DE BRANCO
E "POTES DE MALÁRIA"

Dominique Buchillet



Departamento de Antropologia
Universidade de Brasília



Fonds Documentaire ORSTOM
Cote : Bx 1924-1 Ex : 1

CONTAS DE VIDRO, ENFEITES DE BRANCO E "POTES DE MALÁRIA" EPIDEMIOLOGIA E REPRESENTAÇÕES DE DOENÇAS INFECCIOSAS ENTRE OS DESANA

Dominique Buchillet

Introdução¹

As epidemias assumiram um papel determinante na conquista e colonização do Novo Mundo². Historiadores, antropólogos, demógrafo-historiadores e médicos já demonstraram o impacto que elas tiveram sobre as populações indígenas das Américas não apenas em sua constituição demográfica, mas também em termos de desestruturação sócio-cultural e econômica. Evidenciaram igualmente a estreita ligação entre as epidemias e a penetração e expansão dos europeus, bem como os benefícios políticos e econômicos que estes auferiram com a ocupação de territórios esvaziados. Além disso, deixaram patente que as epidemias foram utilizadas ideologicamente na conquista espiritual dos índios³. Alguns pesquisadores não hesitaram em afirmar que os europeus conseguiram conquistar as Américas não por sua supremacia militar, mas graças a uma "guerra biológica" não premeditada (Ashburn 1947, Crosby 1972 e Dobyns 1983).

Os trabalhos de medicina e demografia histórica insistem na importância das variáveis sócio-culturais que podem afetar o padrão epidemiológico e a morbi-

1. A autora é pesquisadora da ORSTOM e da Universidade de Paris X-Nanterre. Este artigo é a versão ampliada de "Epidemiologia e Representações de Doenças Infecciosas entre os Desana", comunicação apresentada no Simpósio "Epidemics and Interethnic Contact", 48º Congresso Internacional de Americanistas, Uppsala, julho de 1994. Agradeço a P. Menget (Paris-X Nanterre), J. Galinier (Paris-X Nanterre), B. Albert (ORSTOM), P. Seed (Rice University), C. Coimbra (Fundação Oswaldo Cruz) e M. Cot (ORSTOM) por seus comentários durante a apresentação ou por sua leitura crítica das versões posteriores. O trabalho também se beneficiou das discussões com os epidemiólogos e parasitólogos da ORSTOM, em particular, P. Gazin, M. Cot e F. Legros a quem agradeço. Sou, porém, inteiramente responsável pelas idéias aqui expressas. A versão original em francês foi publicada no *Journal de la Société des Américanistes*, vol.81, 1995 (no prelo).

2. Refiro-me às doenças infecciosas de origem viral ou parasitária, tais como, varíola, gripe, sarampo, malária, febre tifóide, difteria, cólera, peste bubônica, introduzidas no Novo Mundo pelos europeus e seus escravos africanos e que constituíram um pesado tributo aos ameríndios. Isto, porém, não quer dizer que a América pré-colombiana fosse isenta de doenças infecciosas (*a disease-free paradise*), como a descreveram alguns pesquisadores (por exemplo, Neel 1970). Além de certas parasitoses de origem zoonótica, provavelmente, a maior fonte de patologias para as populações pré-colombianas (Wirsing 1985), estudos recentes em paleopatologia e antropologia física de restos humanos retirados de sítios arqueológicos (ossos, tecidos mumificados e coprólitos) atestaram a existência de tuberculose (ou doença similar) e de certas formas de treponematose no Novo Mundo. Ver Verano e Uberlaker (1992) e, sobre o Brasil em particular, Mendonça de Souza *et alii* (1994).

3. Sobre a conceitualização dos índios em função dos interesses político-econômicos dos europeus ver, entre outros, Reff 1991, Seed 1992 e 1993.

mortalidade diferencial das epidemias a nível local ou regional, bem como a capacidade de recuperação demográfica dos índios depois de um surto epidêmico⁴. É, portanto, de estranhar que os antropólogos que trabalham com comunidades indígenas da Amazônia, sujeitas a todas as conseqüências demográfico-sanitárias e sócio-culturais do contato, tenham até agora mostrado pouco interesse no estudo do impacto das epidemias sobre os sistemas cognitivos e terapêuticos tradicionais, em particular, no tocante às representações indígenas das doenças infecciosas⁵. Limitam-se, geralmente, a evocar uma suposta distinção indígena entre duas categorias etiológicas: as "doenças tradicionais" e as "doenças de branco" (ou doenças "contagiosas", "civilizadas" ou "epidemias")⁶. Esta distinção genérica entre doenças autóctones e de contato pressupõe que as muitas sociedades indígenas que foram (e continuam sendo) dizimadas por epidemias as atribuem exclusivamente aos efeitos do contato interétnico. Veremos a seguir que isto nem sempre é verdade.

O objetivo deste artigo é analisar as representações xamânicas de quatro doenças infecciosas -- varíola, sarampo, gripe e malária -- que, desde meados do século XVIII, afligem os índios Desana⁷, grupo tukano oriental da região do alto Rio Negro. Baseia-se em duas premissas: primeira, que as representações das doenças infecciosas dependem da história específica do contato das sociedades afetadas, das características epidemiológicas dessas afecções, bem como das do ecossistema que favoreceram a sua emergência e propagação; segunda, que a relação entre dados biomédicos e representações de doenças infecciosas não é arbitrária, mas, pelo contrário, funda-se na observação exaustiva dos traços distintivos dessas doenças. Após traçar a história da colonização e das suas conseqüências epidemiológicas e sanitárias na região do alto Rio Negro, demonstrarei como a simbolização xamânica dessas quatro infecções realizada pelos Desana está alicerçada em considerações de duas ordens: a experiência histórica do contato interétnico e as características epidemiológicas de cada uma dessas patologias. Nas doenças que associam aos brancos -- varíola, sarampo e gripe -- os Desana identificaram uma especificidade -- o grande poder de contágio -- ligada a uma peculiaridade que lhes é exclusiva e que está inscrita no mito de origem da humanidade.

4. Ver, por exemplo, Dobyns 1966, Neel 1970, Black *et alii* 1977, Joralemon 1982, Thornton 1986 e 1987, Henige 1986, Thornton, Millet e Warren 1991, Snow e Lanphear 1988.

5. Exceções notáveis são Albert 1988 sobre os Yanomami e Gallois 1991 sobre os Waiãpi.

6. "Doenças de branco": Hill 1983 sobre os Wakuenai; Correa 1987 sobre os Cubeo; Verani 1991 sobre os Kuikuru; Viveiros de Castro 1977 sobre os Yawalapiti. "Doença civilizada": Conklin 1994 sobre os Wari'. "Epidemias": Chagnon e Melancon 1984, Albert e Goodwin Gomez 1995 sobre os Yanomami. "Doenças infecciosas": Montagner-Melatti 1985 sobre os Marubo.

7. Os Desana, que se auto-denominam ~Ibikobasa "Gente do Universo", ocupam um habitat disperso às margens do rio Uaupés e seus afluentes Tiquié e Papuri na região do alto Rio Negro, no Brasil, e no Departamento del Vaupés, na Colômbia. Sendo cerca de 1000 no Brasil, distribuídos em 50 comunidades, aproximadamente, eles mantêm com os demais grupos indígenas da região (das famílias lingüísticas Arawak, Tukano oriental e Maku) intensas relações matrimoniais e/ou econômicas. Baseam sua subsistência na horticultura da mandioca-brava (*Manihot esculenta Cranz*) complementada com caça, coleta (frutas, insetos) e pesca, esta última sendo a sua fonte básica de proteínas.

A epidemiologia do contato no alto Rio Negro

Como todos os grupos indígenas do alto Rio Negro, os Desana tiveram seus primeiros contatos intermitentes com os portugueses, provavelmente, a partir de 1730, quando o governo do Estado do Maranhão e Grão Pará⁸ enviou, sistematicamente, tropas de resgate a essa região. Seu propósito era compensar a depopulação provocada pelas constantes epidemias de varíola e de sarampo que ameaçavam a economia desse estado assentada basicamente na mão-de-obra indígena. Mas é possível que, desde o fim do século XVII, os índios da região tivessem sofrido os efeitos indiretos da invasão branca a partir das incursões em suas terras pelos Manao do baixo Rio Negro que na época trocavam com os holandeses prisioneiros indígenas por bens manufaturados.

Em 1740, uma epidemia de varíola devastou o alto Rio Negro, matando, sem dúvida, grande quantidade de índios, pois a mortalidade de uma epidemia de varíola em "solo virgem" (*virgin soil epidemics*) é, geralmente, de 25 a 30% (Crosby 1972:44)⁹. Levando em conta o potencial de propagação do vírus da varíola e a sua prolongada resistência no meio ambiente (de algumas semanas a vários meses, dependendo das condições climáticas locais), é muito possível que ela se tenha alastrado por certas partes da região sem contato direto com os portugueses, através de tecidos e roupas de algodão¹⁰. De maneira semelhante ao que ocorreu em outras regiões das Américas (Crosby 1972:42), a varíola foi a primeira doença infecto-contagiosa a dizimar os índios do alto Rio Negro.

Entre 1749 e 1763, epidemias recorrentes de varíola e sarampo assolaram o alto Rio Negro. A de sarampo de 1749 foi tão mortífera¹¹ que passou a ser chamada "o sarampo grande" (Rodrigues Ferreira 1983 [1885-1888]:77). A partir de 1763, os militares começaram a reagrupar os índios em diversos centros coloniais implantados no curso superior do Rio Negro, onde os forçavam a trabalhar na agricultura e na coleta das drogas do sertão (plantas corantes, odoríferas ou medicinais, condimentos,

8. Fundado em 1621, o Estado do Maranhão e Grão Pará tinha uma administração distinta da do resto da América portuguesa e mantinha relações diretas com Lisboa. Várias epidemias de varíola e sarampo grassaram aí: 1621, 1644, 1662, 1690, 1724, 1740, 1790 etc. Ver Vianna 1975 [1908] e Sweet 1974.

9. Ao menos em sua forma mais grave. A varíola tem duas formas distintas no plano epidemiológico, mas indiferenciadas no plano clínico. É o coeficiente de letalidade que permite estabelecer o diagnóstico diferencial: a varíola maior (bexiga ou varíola) tem um coeficiente de mortalidade de 25 a 30% contra 1% da varíola menor (alastrim ou varicela) (Angulo 1976:80; Hopkins 1983:5-6). Esta última só foi identificada no século XIX (Angulo *ibid*).

10. Temperatura e umidade têm papel fundamental na persistência da infecciosidade do vírus da varíola no meio ambiente. Ele perderia sua capacidade infectante a uma temperatura de 39° C e umidade de 60%, mas pode reter seu poder de contágio no algodão durante cerca de 18 meses a uma temperatura de 20-24° C e umidade de 55% (Upham 1986:119).

11. De acordo com Ball (1977:243-45) e Larocque (1988:11), uma epidemia de sarampo em solo virgem mata cerca de 20 a 30% da população infectada. Todas as classes de idade são igualmente atingidas (Cockburn 1963:35), ao passo que uma doença endêmica ou a reincidência de uma epidemia acomete de preferência jovens e velhos (Armélagos *et alii* 1978:81). Além disso, a taxa de mortalidade é especialmente elevada no início da epidemia, podendo aumentar com os óbitos que resultam de infecções secundárias (Black *et alii* 1977:120; Larocque 1988:11).

estimulantes, sementes oleaginosas, castanhas, cipós, fibras etc). A partir dessa época, o alto Rio Negro e seus principais afluentes (Içana e Uaupés) foram sistematicamente explorados por militares e cientistas portugueses que registraram as epidemias de varíola, sarampo, infecções pulmonares (principalmente gripe) e "febres intermitentes" ou "febres terças" que periodicamente dizimavam as aldeias e os centros coloniais ou provocavam a fuga dos índios (ver, principalmente, Sampaio 1985 [1826] e Rodrigues Ferreira 1983 [1885-1888]).

No século XIX, os índios continuaram a trabalhar como mão-de-obra na construção das vilas coloniais, na agricultura e na coleta de produtos silvestres. Várias epidemias de varíola e de sarampo devastaram extensas partes do Rio Negro, provocando a fuga em massa dos índios dos povoados e das vilas coloniais e obrigando os militares a enviar tropas de resgate para substituir a população dizimada ou evadida. Nesses períodos de repetidas epidemias, as febres intermitentes, por vezes caracterizadas como "malignas" ou "perniciosas", contribuíram muito para a alta morbidade e mortalidade na região. Segundo as representações médicas da época¹², elas eram explicadas por diferentes causas que agiam como fatores predisponentes ou secundários oriundos do ambiente físico e social da região:

(...) as águas permanecem em estado de estagnação, alli opera a decomposição dos vegetaes e mais corpos que demorados entram no trabalho de putrefação produzindo efluvios miasmaticos perniciosos e deleterios. (...) A tudo isso ajunta-se ainda a enchente e vazante dos rios, o limo, os peixes mortos por meio do barbaro systema do timbo, e finalmente a acção de um calor arrasador a que estão sujeitos estes infelizes povos. A má alimentação, combinada com as influências atmosphericas, não deixa de concorrer muito para uma das causas predisponentes d'aquellas afecções morbidas (Rego 1869:486-87).

O *boom* da borracha que atingiu o alto Rio Negro de 1870 a 1920 inaugurou um outro ciclo na exploração e na dizimação dos índios dessa área. Com efeito, eram levados à força para os seringais, geralmente localizados no curso inferior do Rio Negro, onde continuavam submetidos ao trabalho forçado e dizimados pelas repetidas epidemias de varíola, de sarampo e febres palustres. Obviamente, estas últimas não afetam apenas os trabalhadores indígenas dos seringais, mas também os colonos e militares das diversas guarnições de fronteira. Durante uma expedição destinada a coletar dados sobre as condições médico-sanitárias no alto Rio Negro, realizada em 1913 a pedido do Ministro da Agricultura, Indústria e Comércio, Oswaldo Cruz menciona a alta incidência e letalidade de paludismo nos povoados ribeirinhos e nos seringais, assim como o deplorável estado de saúde dos habitantes dessa região. Atribui

12. Até a descoberta de Laveran, em 1880, dos plasmódios no sangue de doentes impaludados e de Ross e Grassi, em 1897 e 1898, respectivamente, do papel dos mosquitos anofelinos na transmissão da malária, essa doença era atribuída basicamente à inalação de miasmas oriundos da putrefação de matéria vegetal e animal. Vem daí o seu nome *mal aire*, isto é "mau ar". Essas duas descobertas -- do agente etiológico da malária (*Plasmodium*) e do hospedeiro-vetor (anofelino) -- confirmaram a constatação empírica de séculos anteriores sobre a relação entre zonas pantanosas e febres palustres, ficando, assim, estabelecida a correspondência entre as febres dos pântanos da Europa e as intermitentes dos trópicos (Gentilini 1993).

Epidemiologia das doenças infecciosas

Variola, sarampo, gripe e malária, cuja origem pós-contato é hoje bem estabelecida¹⁴, têm perfis epidemiológicos diferentes, notadamente, no que diz respeito ao modo de transmissão e propagação, à sua evolução clínica e às modalidades de perpetuação de seus vírus e/ou parasitas. Variola, sarampo e gripe, infecções virulentas agudas, têm, assim, a capacidade de se transmitir diretamente de pessoa a pessoa através das secreções das vias respiratórias superiores e/ou oculares (no caso do sarampo); neste sentido, não necessitam de um vetor intermediário (MacNeill 1978:18). Além disso, a variola tem a potencialidade de se propagar através de tecidos e roupas de algodão infestados de crostas de doentes, contaminação indireta à qual podem ser atribuídos numerosos contágios e surtos epidêmicos¹⁵. Essas três doenças têm períodos curtos de incubação assintomática e se caracterizam por uma breve estada no corpo humano, mas com evolução rápida e espetacular. Para haver contaminação e irrupção dessas doenças, é necessário, portanto, que haja contigüidade física e temporal, pois elas seguem de perto os movimentos das pessoas infeccionadas e, no caso da variola, também dos seus objetos. Além disso, as três doenças são altamente contagiosas e, a menos que o doente fique isolado ou que a população esteja imunizada por uma exposição anterior, um único caso pode facilmente gerar uma epidemia.

Sarampo e variola requeram um tamanho mínimo de população hospedeira para se manter de modo permanente, ou seja, em forma endêmica, devido ao seu curto período de infecciosidade no organismo, à ausência de reservatório não-humano, à sua incapacidade de permanecer no indivíduo sob forma latente e ao seu potencial de imunizar definitivamente a pessoa infeccionada quando, naturalmente, não matarem o hospedeiro (Black 1966, 1975; Black *et alii* 1974). Black (1966) estima, assim, que o sarampo cujo vírus perde o caráter infeccioso depois de 36 horas de exposição ao ar livre e só pode ser transmitido de pessoa a pessoa, requer um mínimo de 200.000 a 300.000 pessoas para se manter numa população em forma endêmica. Abaixo desse nível crítico, ele se extingue sozinho. É assim que as epidemias de sarampo ressurgem de dois em dois anos nas grandes cidades e a cada quatro ou cinco anos nas comunidades de pequeno porte. Quanto à variola, Angulo (1976:80) e Hopkins (1983:8) acreditam que sua necessidade de contingente populacional para se manter a nível endêmico seja bem menor do que a do sarampo; é menos contagiosa, mas o período de

14. Se a origem pós-contato da variola, do sarampo e da gripe no Novo Mundo sempre foi bem estabelecida (Dobyns 1966), a da malária, pelo contrário, há anos constitui-se em objeto de apaixonadas controvérsias. Bruce-Chwatt (1965) considera-a endêmica nas Américas antes dos primeiros contatos. Por sua vez, Dunn (1965), Giglioli (1968) e Neel (1970, 1982), entre outros, afirmam que ela era desconhecida no hemisfério ocidental antes da chegada dos europeus e de seus escravos africanos que teriam introduzido três dos quatro plasmódios responsáveis pela malária em seres humanos (*P. falciparum*, *vivax* e *malariae*). Tal conclusão baseia-se, em parte, em dados historiográficos (ausência de qualquer menção de paludismo nas primeiras fontes coloniais sobre a América) e biomédicos (inexistência entre os índios de certos mecanismos genéticos de resistência à malária que foram observados em várias populações africanas, além da extrema vulnerabilidade biológica dos índios à doença).

15. De acordo com Lacorte e Veronesi (1976:17), a gripe também pode disseminar-se por meio de roupas, objetos e utensílios diversos.

também o despovoamento do Rio Negro a essa doença, responsável "pelo extermínio quase completo de seus habitantes" e sublinha ainda a dificuldade de encontrar um único índio sem sinais de infecção palustre crônica (Cruz 1972 [1913]:114).

Em 1919, uma epidemia de gripe espanhola dizimou a população do baixo Rio Negro, atingindo o seu curso superior em 1922. Trata-se, provavelmente, da pandemia de gripe que devastou vários continentes e teria exterminado 20 milhões de pessoas (MacNeill 1978).

No início dos anos 1920, a produção da borracha, então em plena decadência, foi substituída pela extração da balata, da castanha do Pará e de outros produtos da floresta. Novamente, os índios do Rio Negro foram recrutados à força por comerciantes brasileiros e colombianos para as zonas de extração. Contudo, os missionários salesianos, que começaram a se instalar de modo permanente na área a partir de 1915, puseram um freio a essas atividades, pouco a pouco liberando os índios do trabalho forçado e dos maus-tratos. Epidemias, por vezes conjuntas de gripe, coqueluche e sarampo, precedendo ou sucedendo surtos palustres, assolaram anualmente uma ou outra área do alto Rio Negro por ocasião das obras de instalação das várias missões, das visitas periódicas dos salesianos aos povoados indígenas, da passagem mensal da lancha que levava correspondência e mercadorias às missões ou quando índios retornavam de Manaus. Essas epidemias muitas vezes transformavam "uma maloca inteira num cemitério" (Kok 1925:636). A partir de 1961, no âmbito da política de saúde pública do governo federal, a SUCAM¹³ realizou várias campanhas de erradicação da malária e, em 1970, julgava ter acabado praticamente com essa doença na região. Porém, desde 1974-75, assiste-se ao reaparecimento do paludismo, principalmente em decorrência da abertura da estrada Perimetral Norte (1974-75), da invasão da área, a partir de 1984, por empresas mineradoras e garimpeiros e, de 1986 em diante, do aumento de pistas de pouso e instalação de bases militares como parte do Projeto Calha Norte (Buchillet 1990). Assim, em 1975, uma epidemia de febres palustres atingiu 50% da população de Tapuruquara (baixo Rio Negro). Nesse ano, um dos hospitais de São Gabriel da Cachoeira registrou mais de 700 acessos agudos de malária, dos quais 300 somente no mês de março (Souza Santos *et alii* 1976:84). Desde então, o paludismo passou novamente a ser um fator de grande morbi-mortalidade na região.

Como se vê, os índios do alto Rio Negro têm uma longa experiência com essas quatro doenças infecciosas, tendo a varíola feito sua última aparição no início deste século. À luz das fontes históricas de que dispomos, é difícil avaliar precisamente o quanto essas doenças pesaram na depopulação do alto Rio Negro. É certo, porém, que, aliadas às mudanças no modo de vida dos índios trazidas pela colonização e cristianização (trabalho forçado, maus-tratos, desnutrição, concentração populacional, sedentarização compulsória), elas tiveram um papel significativo, como testemunham os relatos de viagem de Wallace (1853), Coudreau (1887-89), Koch-Grünberg (1909-10), Costa (1909), Cruz (1972 [1913]), Whiffen (1915), MacGovern (1926) e Nimuendaju (1927). Todos descrevem as margens dos rios despovoadas, as aldeias desertas, as muitas casas em ruínas, o terror manifestado pelos índios ante os brancos e seu pavor pelas doenças infecciosas.

13. Em 1991, a SUCAM, encarregada da luta contra a malária e outras doenças endêmicas, foi substituída pela Fundação Nacional de Saúde.

infecção é mais longo (três semanas para a varíola contra dez dias para o sarampo). A gripe, por sua vez, provoca imunidade de curta duração, mas o seu vírus caracteriza-se por uma grande variabilidade genética, possibilitando a ocorrência indefinida de re-infecções.

Parece evidente que o tamanho relativamente pequeno das comunidades indígenas da região do alto Rio Negro e, sobretudo, a sua grande dispersão geográfica, frustraram a manutenção endêmica de doenças infecciosas virulentas agudas, como a varíola e o sarampo. Não dispondo de um reservatório natural na região, só grassaram pela repetida importação através das visitas de estrangeiros e, no caso da varíola, também pela introdução de tecidos ou roupas contaminados. Nessas circunstâncias, não se deve estranhar que os Desana façam, como veremos, uma estreita associação entre essas doenças e a entrada dos brancos e objetos manufaturados em seu território.

O paludismo, pelo contrário, é uma "doença fechada". Seu agente etiológico (um protozoário do gênero *Plasmodium*) é, efetivamente, prisioneiro no corpo do doente e não pode escapar por meio de secreções ou excreções corporais (muco rino-faríngeo ou ocular etc.); ao contrário, precisa de um inseto transmissor (a fêmea de um mosquito do gênero *Anopheles*) para sair e se propagar (Pagés 1966:29). Em outras palavras, é impossível a contaminação direta entre seres humanos. A malária é, portanto, transmitida pelas picadas de um mosquito e só pode persistir no habitat desse vetor. Na Amazônia são poucos os mosquitos vetores da malária. O mais antropofílico de todos, o *Anopheles darlingi*, é o mais importante do ponto de vista epidemiológico (Alvarado 1976:674; Ferreira 1981:243; Coimbra 1988:254); desenvolve-se numa variedade de criadouros, tais como depressões de terreno, escavações, valas, canais e na vegetação das margens dos rios (Ferreira 1981:244; Mouchet *et alii* 1989:401).

Infecção parasitária, o paludismo manifesta-se sob forma aguda e/ou crônica. Seu parasita tem uma longevidade relativamente prolongada (de dois meses a um ano no caso de *P. falciparum* e dois a três anos no caso de *vivax*. Ver Alvarado 1976:664; Gentilini 1993:94-95) e, nas infestações por *P. vivax* ou *malariae*, pode permanecer no organismo em forma dormente e acordar mais tarde, produzindo acessos palustres vários meses ou anos depois da infestação (Gentilini 1993:107). Além disso, o organismo hospedeiro mantém-se em estado contagioso durante um período de tempo bastante longo (de seis a vinte e um dias, conforme o tipo de parasita e a intensidade da infestação). Por todas essas razões -- contato mediatizado, existência de vetor como reservatório adicional do protozoário, longevidade deste, capacidade de latência e de reviviscência de certos parasitas no organismo, ciclo prolongado de infecciosidade -- o paludismo é capaz de se manter sob forma endêmica, isto é, de se manifestar de maneira constante e regular em populações de pequeno porte. Sob esse fundo endêmico podem irromper surtos epidêmicos mais ou menos graves, alguns dos quais assumem caráter sazonal, ocorrendo, principalmente, nos períodos de transição entre a estação seca e a chuvosa. Durante as chuvas, a água invade as margens dos rios e as terras adjacentes. Quando o solo começa a secar, uma parte da água fica estagnada, produzindo poças que se convertem em excelentes criadouros de mosquitos. Os surtos maláricos também podem ocorrer quando há a introdução de hematozoários por sujeitos provenientes de grandes regiões de endemia palustre ou em consequência do desequilíbrio ecológico decorrente de certas atividades humanas. Os empreendimentos hidro-agrícolas ou o desmatamento para a abertura de roças, a construção de povoados, de estradas ou de pistas de pouso, por exemplo, estimulam a multiplicação das larvas

de *Anopheles* pelo surgimento de novos criadouros, colocando as pessoas em contato com os mosquitos e, desse modo, favorecendo não apenas a eclosão de surtos epidêmicos de malária, mas também a manutenção do caráter endêmico da doença (Deane, Causey e Deane 1948; Coimbra 1988).

Diante dessas características epidemiológicas -- cronicidade, contato mediatizado, associação com a variação sazonal do nível das águas -- não é de surpreender que os Desana considerem a malária como uma doença autóctone; como veremos, vários mitos explicam a sua origem, a sua existência endêmica no mundo humano e a sazonalidade dos surtos epidêmicos.

Na medida em que essas características epidemiológicas constituem o fundamento da diferenciação etiológica que os indígenas fazem dessas várias doenças, parece-me importante delinear, ainda que sucintamente, os grandes traços da nosologia desana.

Nosologia desana

O vocabulário nosológico dos índios Desana dispõe de quatro termos referentes à doença: *doreri*, *~pudidi*, *behari* e *birari*. O termo mais usado é *doreri*, forma substantiva do verbo *dore* que não se restringe ao domínio da patologia, como o atesta seu sentido primeiro: "mandar", "enviar para", "dar uma ordem a". Traduz, assim, a dimensão etiológica que prevalece entre os Desana: a da patogenia exógena. *Doreri* serve, assim, para caracterizar a quase totalidade das doenças que afetam tradicionalmente os Desana (*dipari-~bahada-doreri* "doenças indígenas"), sendo atribuídas a uma agressão externa que pode vir de várias fontes:

- de um outro ser humano: é a feitiçaria comum feita com substâncias vegetais postas em contato com a futura vítima, seja através de uma bebida (*~diba-tiadi-doreri*), seja aplicadas ou esfregadas em algum objeto que ela utiliza (*poya-~dodedi-doreri*).

- de um xamã: é uma forma de feitiçaria pela qual o pajé-onça (*ye*) arremessa objetos patogênicos de natureza diversa (espinhos, cristais, cabelos, algodão, pelos etc.) para dentro de corpo da vítima (*yea-~wehedi-doreri*) ou o xamã-*~kubu* recita encantações de agressão em direção à vítima (*doharidoreri*). Por meio dessas encantações, o *~kubu* pode introduzir e desenvolver no corpo da pessoa diversos objetos, substâncias, plantas ou animais.

- dos animais (e espíritos) aquáticos ou da floresta (*wai (yuki)-~basa-doreri*). Essas doenças resultam, geralmente, de um erro pessoal do doente: transgressão de proibições alimentares, de atividades e/ou uso abusivo de plantas mágicas para a caça ou a pesca. Deve-se assinalar, porém, que a relação entre transgressão e doença não é automática e que a imputação de uma doença a um erro pessoal do paciente não tem qualquer conotação moral de punição; a transgressão tem o efeito de colocar o indivíduo num estado específico de vulnerabilidade biológica durante o qual ele pode adoecer.

O segundo termo genérico desana, *~pudidi*, "dor", serve para qualificar as doenças "que vêm por elas mesmas", não podendo, pois, ser atribuídas a uma intenção maléfica externa. Essas doenças, denominadas "doenças do universo" (*~ibikopudidi*), existem desde o começo do mundo, podendo ocorrer em certos períodos do ano e afetar

qualquer pessoa com vômitos, náuseas, diarréias, dores de cabeça, paralisia, malária etc.

O terceiro termo, *behari*, tem dois sentidos não excludentes: "transitório/passageiro"¹⁶ e "que passa de um para outro". É o termo apropriado para denominar as poucas doenças que os Desana associam aos brancos e cujas principais características epidemiológicas, além da virulência e da transitoriedade, são o alto poder de contágio: gripe (*giripi* ou *gripe*), varíola (*bixika*) e sarampo (*sarapo*). Fala-se, assim, de *sarapo behari* para designar uma epidemia de sarampo. As doenças associadas aos brancos são genericamente denominadas *pea-~basa-behari*, ou seja, "doenças contagiosas da Gente da Espingarda", pois a mitologia desana, como a dos demais grupos tukano orientais, liga a identidade de branco à aquisição dessa arma de fogo.

O quarto termo genérico, *birari*, designa as doenças que atingem, simultaneamente, todos os membros de uma comunidade, sendo, portanto, atribuídas à feitiçaria xamânica. Embora possam ser tão virulentas e letais quanto as doenças relacionadas aos brancos, elas se distinguem entre si pela contigüidade espaço-temporal: as doenças *birari* atacam todos os membros de uma comunidade ao mesmo tempo, sendo, pois, localizadas geográfica e temporalmente, enquanto aquelas identificadas com os brancos se propagam, a partir de um ponto central, atingindo gradualmente todos os povoados de um rio. Além disso, embora ambos os termos *doreri* e *birari* caracterizem igualmente doenças atribuídas à feitiçaria xamânica, elas se diferenciam umas das outras pela dimensão do ataque, uma vez que as primeiras afetam um único indivíduo, enquanto as segundas atacam uma coletividade inteira.

Assim, das duas maiores características epidemiológicas das doenças associadas aos brancos -- a virulência e o alto grau de contágio -- os Desana privilegiaram a segunda, conforme subentendido na expressão vernacular que as designa (*behari*). Veremos como essa característica condiz com a sua concepção mitológica dos brancos e dos objetos manufaturados.

Representações xamânicas desana das doenças infecciosas

1. *Variola e sarampo*

Essas duas doenças são febres eruptivas agudas cuja característica mórbida mais importante é o surgimento de um exantema¹⁷ que coloniza o corpo inteiro em alguns

16. Por vezes, *behari* qualifica como passageiras certas "doenças do universo", tais como, as dores de cabeça que surgem com freqüência na volta da roça, sendo então denominadas *dipuru-~diadi-behari*, "cefaléias passageiras" ou *~ibiko-behari*, "doença passageira do universo".

17. Variola e sarampo são causados por vírus dos grupos *Poxvirus* e *Paramyxovirus*, respectivamente. O exantema surge depois de um breve período de incubação assintomático e de um curto período de invasão (três ou quatro dias) caracterizado por febre alta acompanhada, no caso da varíola, de cefaléias vivas e, no caso do sarampo, de mal-estar, catarro nasal abundante, lacrimejamento característico e aparição de manchas brancas na mucosa bucal (sinal de Koplik).

dias. Essa erupção cutânea aparece primeiro no rosto, estendendo-se, progressivamente, aos membros superiores, ao tronco e, por fim, aos membros inferiores no espaço de três a quatro dias. Começa a diminuir a partir do quinto dia. Durante essa fase eruptiva, o doente é muito contagioso.

A semelhança clínica dessas duas doenças, provavelmente, explica porque os índios as fundiram no plano mitológico. Depois de perceberem a similaridade entre a forma do exantema provocado por essas duas infecções virais e a das contas de vidro que passaram a ser um bem importante nas suas trocas econômicas com os brancos nas primeiras fases do contato¹⁸, os índios do alto Rio Negro estabeleceram uma relação entre as duas doenças, explicando, pelo recurso ao mito, como as contas se converteram no seu corpo em sarampo e em varíola. Num primeiro mito de origem do sarampo coletado de um *kubu* do sib Wari Diputiro (igarapé Urucu), o ancestral dos brancos, Suribo- ~ Goabi cozinhava contas de vidro em várias panelas quando, inadvertidamente, deixou cair ao chão a espuma da fervura que então se converteu em sarampo. O exantema representa, assim, a espuma que sai do corpo do doente em forma de contas, isto é, nas lesões máculo-papulosas características dessa afecção¹⁹.

Numa versão do sib ~ Kehíripoda (rio Tiquié), as primeiras mulheres brancas da humanidade recolheram de uma árvore como se fossem frutas as contas de vidro para fabricar colares que em seguida ofereceram às primeiras mulheres indígenas. Pouco depois, estas caíram doentes e as contas de vidro se transformaram em máculo-pápulas:

As contas de vidro se transformaram numa doença, são essas contas que se tornaram a doença que nós conhecemos como sarampo. Essa doença é uma doença de branco. As contas de vidro viraram mesmo essa doença (Luis, Tiquié 1991).

Uma variante tukano do segundo mito precisa, além disso, que as contas de vidro pequenas são responsáveis pelas manifestações cutâneas do sarampo, ao passo que as maiores, denominadas *palaque* por meu informante, seriam a origem das manifestações exantematosas da varíola:

As primeiras mulheres brancas da humanidade fabricaram também esses colares de palaque, esses colares feitos com contas maiores. Quando as primeiras mulheres indígenas do mundo botaram no seu pescoço esses colares de palaque, as contas viraram varíola. São essas contas mesmo que viraram a varíola (Ângelo, Tiquié 1991).

18. Contas, espelhos, sinos, tecidos de algodão, anzóis, terçados, facas são objetos comumente oferecidos aos índios nas primeiras relações com os brancos ou eram os objetos mais usuais na troca com viajantes.

19. As manifestações cutâneas do sarampo consistem em máculo-pápulas de cor avermelhada, infiltradas, de vários milímetros a um centímetro de diâmetro, podendo confluir, mas deixando sempre espaços de pele sadia (Gentilini 1993:389).

Com efeito, as manifestações cutâneas da varíola são ligeiramente diferentes das do sarampo²⁰. Pelo menos em sua forma clássica, elas evoluem em quatro fases, no espaço de quatro a cinco dias: mácula, em seguida pápula endurecida, depois vesícula dura de forma regular cheia de serosidade clara umbilicada e, por fim, no quarto ou quinto dia, pústula cercada por uma auréola inflamatória e umbilicada em seu centro (Angulo 1976:81, Gentilini 1993:398). A referência de meu informante tukano às contas de vidro de tamanho maior parece, assim, ligar-se à auréola ou halo que cerca a pústula (quarto estágio), conferindo-lhe o aspecto de uma grande pústula, ou seja, na concepção indígena, de uma grande conta de vidro²¹.

Os três mitos que acabo de evocar especificam ainda que somente os índios foram atingidos por essas duas doenças; em outras palavras, que foi só para eles que as contas de vidro se converteram nas manifestações cutâneas da varíola e do sarampo, não atingindo nem Suribo-~Goabi nem as primeiras mulheres brancas da humanidade. Parece-me evidente que esta última observação dos Desana relativa à seletividade patológica dessas duas infecções virais tem um fundamento histórico e epidemiológico real. No momento da colonização do alto Rio Negro, a partir da segunda metade do século XVIII, a varíola e o sarampo eram doenças já muito antigas na Europa onde grassavam de maneira endêmica e explodiam em epidemias a intervalos mais ou menos regulares, entre dois e cinco anos, dizimando, principalmente, as crianças (Crosby 1972:46). Faz sentido, portanto, deduzir que a maioria dos brancos que invadiram o Rio Negro (colonos, militares, missionários) já haviam sido expostos a essas doenças e desenvolvido uma imunidade duradoura. É bom lembrar que basta uma só pessoa infeccionada para se iniciar uma cadeia de contágio. Tal não era a situação dos índios que se confrontavam pela primeira vez com essas infecções que, na época dos primeiros contatos, deviam ter-se manifestado de maneira particularmente fulminante e afetado todas as classes de idade indistintamente. É óbvio que a aparente saúde e a vitalidade dos brancos, contrastando com a alta morbidade e mortalidade dos índios, tiveram um profundo impacto na conceitualização indígena das duas doenças, chegando a constituir uma dimensão fundamental da sua percepção histórica e cultural não apenas de ambas as moléstias, mas também dos brancos e seus objetos manufaturados. Voltaremos a isto mais adiante.

Embora apresentem algumas variações de detalhe sobre o mecanismo de produção dessas duas febres eruptivas, esses três mitos estabelecem três fatos importantes: que elas são o produto involuntário de uma ação dos brancos; que atingem, sobretudo, os índios; e, por fim, que as suas manifestações cutâneas características tomaram a forma de contas de vidro, bens de troca importantes entre os índios do alto Rio Negro e os brancos.

20. Na medicina ocidental, é o exantema que designa essas duas doenças e foi somente no século XVIII que a varíola (do latim *vari*, "tubérculos", "botões" ou *varius*, "variado", "manchado") foi realmente diferenciada do sarampo em um estudo minucioso da erupção cutânea (MacNeill 1978).

21. Vale a pena notar que o dicionário Aurélio da língua portuguesa define *palaque* como "variedade de cinorro" (s.d.:1019), o que poderia referir-se à evolução em vesícula, isto é, em forma de sino, da erupção cutânea.

2. Gripe

Sob o rótulo *gripe* classifica-se toda uma série de doenças respiratórias agudas, muito contagiosas, difíceis de distinguir em seus aspectos clínicos. O período de incubação é curto, seguido de uma fase de invasão brutal manifestada por um mal-estar geral, calafrios, febre alta e dores de cabeça. O período de plena manifestação, além da febre alta, é marcado por dores corporais difusas, cefaléias vivas (frontais e retro-orbitárias), catarro das vias respiratórias superiores e por diferentes sinais funcionais (isto é, sem ataque orgânico), como fotofobia, mialgias, lombalgias, artralgias etc. O catarro pode vir precedido ou acompanhado de coriza, tosse seca e dores de garganta:

"A gripe vem dos objetos dos brancos, da sua mercadoria, da sua comida (...) A gripe dos brancos é muito contagiosa. Ela ataca todo mundo, ela começa pouco depois da chegada dos navios ou dos aviões que transportam mercadoria", dizem freqüentemente os Desana.

Os próprios missionários salesianos já haviam observado a associação feita pelos índios e corrente na região do alto Rio Negro entre a gripe, os brancos e seus objetos:

(...) Afirmando que o 'catarro' vem dentro dos caixotes de mercadoria, temo-los visto fugir do povoado de Pari-Cachoeira ao simples alarme de que, em tal viagem da lancha, com o reabastecimento mensal da Missão, as caixas de mercadoria traziam também 'catarro' (Brüzzi 1977:254).

Os regatões não hesitavam, inclusive, em explorar esse medo dos índios para atingir certos fins, reforçando, indiretamente, aquela associação:

Uns colombianos, vindos recentemente de Manáos com bastante mercadoria, pediram como de costume, aos índios de ambas as povoações para que lhes transportassem a mercadoria pela estrada. Os índios, que tinham ouvido dizer que os taes senhores estavam constipado, responderam: "Não, vocês podem levar a mercadoria pelo rio. Vocês têm catarro. Também não os ajudamos a passar batelões". Os colombianos pediram, rogaram, insistiram, prometteram pagar bem, porém tudo foi inútil (...). Um colombiano teve uma ideia mágica! (...) disse alto e decidido para os índios "Ou vocês nos passam a mercadoria ou agora mesmo abro todas as caixas e semearei o catarro pelas vossas povoações, por todo canto e vocês morrerão". (...) O pessoal indígena, sem perda de tempo, poz-se a transportar o "catarro encaixotado" antes que fosse semeado pela povoações (Prelazia de São Gabriel 1936:131-32).

A diversidade das manifestações clínicas da gripe provavelmente explica porque, ao contrário da maioria das doenças tradicionais, e semelhantemente à varíola e ao sarampo, ela não foi objeto de uma etiologia mítica, o que não impede que os ~*kubu*

a tratem por meio de encantações terapêuticas apropriadas. Pode-se dizer, além disso, que não existe propriamente uma teoria indígena geral da gripe, à parte da sua identificação etiológica com os objetos dos brancos.

Cada etnia do alto Rio Negro, ou mesmo cada sib, possui um repertório de encantações xamânicas específicas para a cura dos diferentes sintomas da gripe. Essas encantações terapêuticas representam elaborações metafóricas das suas várias manifestações clínicas:

Não sabemos como os brancos criaram a gripe (...). Por isso, fazendo uma comparação com a nossa própria cultura, procuramos na dos brancos o que poderia provocar essa doença (Dorvalino, Cucura 1993).

Certos ~*kubu* desana estabeleceram, assim, uma comparação entre a gripe dos brancos e uma doença tradicional benigna, denominada ~*eho*, "catarro", caracterizada por catarro nasal, cefaléias, dores de garganta e febre, provocada pelos enfeites de penas dos ancestrais que são hoje usados durante os rituais. Procuraram, então, na cultura dos brancos o equivalente desses enfeites ancestrais. Por esse motivo, invocam em suas incantações os espinhos da coroa de Cristo ou os grampos dos cabelos das mulheres brancas que trespassam o cérebro, gerando dores de cabeça; a parte curva das hastes dos óculos que comprimem as orelhas, causando dores auriculares; e as lentes dos óculos que pressionam a retina, provocando dores oculares e problemas de visão (febre alta e fortes cefaléias causam, geralmente, distorções da vista). Outros ~*kubu* explicam os diferentes tipos de cefaléia da pessoa gripada pela existência de um motor funcionando dentro da cabeça. A maioria dos ~*kubu* concorda com a explicação de que a febre da gripe resulta das várias camadas de roupa dos brancos postas sobre o doente. Em todos os casos, as encantações xamânicas têm por objetivo retirar do corpo do paciente todos os objetos dos brancos, antes de refrescá-lo, invocando o frio das estrelas.

3. Malária²²

A entidade nosológica "paludismo"²³ é designada pelo termo vernacular ~*diba*

22. Na ausência de um exame parasitológico que ateste a existência de plasmódios no sangue, não se pode afirmar que as "febres intermitentes" às vezes caracterizadas nas fontes históricas como "perniciosas" ou "malignas" se referem sempre e univocamente ao paludismo. Elas podem estar associadas a outras doenças, tais como as borelioses, certas salmoneloses ou infecções por germes banais (F. Legros, comunicação pessoal). Porém, a existência da malária foi atestada cientificamente no alto Rio Negro pela SUCAM cujos dados indicam, efetivamente, que *P. vivax* e *falciparum* co-existiam na região, sendo que o *P. falciparum* foi recentemente re-introduzido pela invasão de garimpeiros oriundos de locais onde esta espécie de plasmódio é bastante disseminada, principalmente no Acre e em Roraima.

23. O paludismo inicia-se com um período de incubação clinicamente silenciosa de duração variável (de seis a vinte e um dias de acordo com o tipo de parasita e a magnitude da infestação), seguido por um período de invasão (paludismo primário ou primo-invasão) anunciado por um mal-estar geral e por febre que pode ser contínua. Instala-se depois o paludismo secundário ou agudo, cujas manifestações clínicas podem ser entrecortadas por períodos de latência mais ou menos longos e cujos acessos febris se desenrolam de modo

kiri, cuja característica clínica mais visível é o surgimento de uma febre que recorre a intervalos fixos e que os Desana chamam ~*diba-kirideyuabehari*, "febre que aparece (*deyua*) e passa (*beha*)" ou ~*diba-kiriduhabehari*, "febre que vem (*duha*) e passa (*beha*)"²⁴. ~*Diba* significa, literalmente, "que tem veneno" e se refere ao curare (*Strychnos* sp.). Desse modo, os Desana concebem o paludismo como um tipo de envenenamento ou de contaminação pelo curare, concepção atestada pelo próprio nome e por dois mitos que dão conta da sua origem e existência em forma endêmica no mundo humano. De acordo com o primeiro mito, o Demiurgo ~*Si*, ferido na garganta por um dardo envenenado com curare, disparado pelo Criador que queria castigá-lo por ter destruído a humanidade ao provocar um dilúvio, antes de morrer, vomitou a malária pelos quatro cantos do universo. Conforme o segundo mito, o xamã Gaye, também ferido por um dardo envenenado com curare, espatifou-se no chão. Seus ossos partidos foram lançados em todas as direções, também contaminando o mundo com malária:

É por isso que o paludismo existe no mundo inteiro, tanto entre os brancos quanto entre os índios, porque ~*Si* vomitou essa doença no universo inteiro e o osso de Gaye explodiu, contaminando também o mundo com a malária (Raimundo, Urucu 1992).

Talvez seja possível ligar o estado de apatia e falta de vitalidade dos índios, assinalados várias vezes por cronistas e missionários²⁵, a essa associação mítica entre paludismo e curare, por analogia ao efeito paralizante deste veneno vegetal. O mito de ~*Si* aponta, inclusive, para a origem da doença *biari* que se manifesta por um estado de torpor e um tipo de dormência dos membros inferiores (paraplegia?), sendo classificada pelos Desana como "doença do universo" ou feitiço xamânico.

Assim, esses dois mitos estabelecem claramente a existência do paludismo sob forma endêmica no mundo humano:

Todo mundo pode pegar malária. Comendo frutas, bebendo água do rio (...). Todo mundo pode ser vítima de febres palustres (Luis, Tiquié 1991).

Contra esse pano de fundo endêmico, podem irromper surtos epidêmicos sazonais aos quais os Desana atribuem várias causas.

estereotipado, caracterizado pela sucessão de três estágios: tremores, calor e suor. O paroxismo febril corresponde à eclosão de uma nova geração de parasitas (Gentilini 1993:103).

24. ~*Diba-kiri* serve para designar qualquer condição febril que surge como sintoma de outra doença. No plano semântico, os Desana diferenciam entidade nosológica "malária" de outras febres acrescentando-lhes o nome específico da doença, como, por exemplo, *sarapoya*-~*diba-kiri*, "febre de sarampo" ou *gripeya*-~*diba-kiri*, "febre de gripe".

25. Missionários e cronistas geralmente atribuem esse estado ao paludismo, considerando-o como um efeito a longo prazo da doença. É preciso, no entanto, esclarecer que jamais foi provada cientificamente qualquer ação direta do parasita sobre o sistema nervoso (M. Cot, comunicação pessoal)

A. Paludismo e frutas oleosas

Quando ocorre em dezembro e no final de março-início de abril, todo acesso palustre é associado à rã *ohoka-~baso* (não identificada) que canta somente duas vezes por ano, no início de dezembro, anunciando a floração do umarizeiro (*Poraqueiba sericea* Thul.), e em março-abril, assinalando o fim da época da fruta umari. A floração do umarizeiro, a época da fruta, o canto dessa rã e o surgimento das febres palustres estão todos associados em um mito segundo o qual um Desana casado com uma mulher-rã foi visitar os sogros e, desobedecendo à recomendação da mulher, colocou os enfeites cerimoniais e tomou a bebida das rãs. Morreu de paludismo. Ocorrendo nestes dois períodos do ano, qualquer crise palustre (acesso individual ou surto epidêmico) é denominada "febre palustre das rãs *ohoka-~basa*" (*ohoka-~basadiba-kiri*) e categorizada como "doença do universo":

Todo mundo pode ser atacado por essa forma de malária nesses períodos, comendo ou não umari (...). Mas o doente deve evitar comer essas frutas (Luis, Tiquié 1991).

Como medida profilática, antigamente, os xamãs-*kubu* realizavam duas cerimônias em prol da sua comunidade: a primeira, antes da floração do umarizeiro (novembro), a segunda, no fim da época do umari (abril).

É interessante sublinhar que o umari é uma fruta muito oleosa e que a associação da malária com alimentos gordurosos é freqüente na Amazônia e em outras partes do mundo. Foi registrada, por exemplo, entre os Marubo, grupo Pano do Javari (Montagner-Melatti 1985:196-97) e entre os Mossi de Burkina Fasso (Bonnet 1986:38). O naturalista inglês Wallace já havia assinalado na região uma associação entre as febres palustres e o consumo de bacaba (*Oenocarpus bacaba* Martius) cujo óleo era geralmente usado na alimentação como "substituto do óleo de cozinha":

Diz-se (...) nos distritos onde prevalecem as febres intermitentes que estas são causadas por essa fruta [bacaba] e que ela é especialmente nociva às pessoas que convalescem dessas doenças (Wallace 1971:29).

É difícil dizer se essa associação entre alimentos (frutos) gordurosos e o paludismo tem algum fundamento biológico. Pode-se supor, entretanto, que essas frutas provocam uma sobrecarga no fígado, órgão profundamente debilitado nas fases de malária aguda ou crônica.

Na realidade, a floração do umarizeiro e o fim de suas frutas correspondem, respectivamente, aos períodos de transição entre a chuva e a seca (fim de novembro-início de dezembro) e entre a seca e a chuva (fim de março-início de abril) na região do alto Rio Negro. É também a época da pesca de peixes de pequeno porte, chamados pelos Desana de "peixes de verão" (*bohoriwai*), nas águas estagnadas dos riachos e igarapés e, por último, o tempo de derrubada para novas roças, criando-se, assim, condições ideais para a reprodução das larvas dos anofelinos.

Os Desana também relacionam os surtos palustres diretamente ao nível das águas.

B. Poças d'água, "potes de malária" e mosquitos

Os Desana dizem, freqüentemente, que as numerosas cachoeiras da região contêm "potes de malária" (~ *diba-kirisorori*) que os seus xamãs aprenderam a fechar, mas que podem abrir-se ou danificar-se durante as cheias periódicas, quando a água do rio os agita continuamente:

Essas febres palustres atacam nos períodos de enchente (...). No verão os potes de malária ficam expostos ao sol que faz fermentar o seu conteúdo [paludismo]. Na cheia, a chuva lava esses potes que podem-se estragar, rachar, liberando, assim, o paludismo no rio (Raimundo, Urucu 1994).

Essa forma de paludismo é denominada "paludismo do rio" (~ *bi-ya-~ diba-kiri*) ou "das cachoeiras" (~ *itabudi-ya-~ diba-kiri*) e é classificada como "doença do universo".

Tal concepção de "potes de malária" dá conta de certas preocupações dos índios a respeito da destruição dos rochedos das cachoeiras, provocando, inclusive, vários conflitos com os salesianos ou com os militares que, em numerosas ocasiões, tentaram dinamitá-los para facilitar a navegação, para extrair pedras para os alicerces dos prédios das missões ou para instalar pequenas hidrelétricas. Os xamãs da região atribuem mesmo a epidemia de febres palustres que, em 1932, dizimou o povoado de Taracuá-ponta ao fato "de se haver tirado pedra da Cachoeira do Beijú" (Brüzzi 1977:298); também associam a alta incidência de paludismo no território dos índios Yanomami ao fato de os garimpeiros dinamitarem as pedras dos rios, espalhando, assim, o paludismo nas águas. De acordo com os Desana, todos os "potes de malária" das cachoeiras estão ligados entre si por uma espécie de corda invisível e basta que um se abra para que todos os outros façam o mesmo, o que, para eles, explica os surtos de febres palustres em várias partes da região do alto Rio Negro e também no território Yanomami.

Não há dúvida que essa representação indígena dos "potes de malária" encontra seu fundamento na observação que fazem os Desana da existência de pequenas poças de água estagnada nas depressões das pedras das cachoeiras durante o verão:

Nós só vemos buracos [cheios de água] nas pedras das cachoeiras, mas os nossos xamãs vêm potes (...) eles dizem que são potes de malária (Raimundo, Urucu 1994).

Os Desana também perceberam que, durante os surtos palustres, numerosos mosquitos (carapanãs) proliferam próximo às poças d'água. Além disso, consideram que

esses mosquitos (~ *bidea*) habitam os "potes de malária" (~ *diba-kirisori*- ~ *bahada*). Poderíamos então dizer que essa associação entre a incidência de paludismo, as variações sazonais do nível das águas, as poças d'água e a proliferação de mosquitos indica que os Desana têm uma concepção de doença transmitida por vetor? Em outras palavras, poderíamos dizer que os Desana reconhecem realmente o papel dos mosquitos na transmissão e na propagação da malária?

Quando os potes de malária são rachados ou abertos, os mosquitos que moram lá dentro escapam (...). Eles invadem as nossas casas e propagam a malária picando um a um. Mas também podemos nos contaminar bebendo água do rio, respirando ou comendo frutas (Raimundo, Urucu 1994).

Denominados na língua desana de ~ *diba-kiri*- ~ *bidea*, "carapanãs de malária" ou ainda ~ *diba-kiri*- ~ *basa*, "gente da malária", os mosquitos são também reconhecidos como a fonte dos acessos palustres que podem afligir qualquer pessoa que viva próximo às cachoeiras durante as cheias. É provável, todavia, que a informação técnica sobre o papel das picadas de mosquitos na transmissão e propagação da malária lhes tenha sido dada pelo pessoal da SUCAM quando de suas muitas campanhas de dedetização a partir de 1961. Haveria, assim, a integração de um elemento exógeno aos sistemas cognitivos e terapêuticos tradicionais que, longe de invalidar sua lógica e coerência internas, pelo contrário, enriquece-os, contribuindo para reafirmar a validade do universo conceitual indígena. Os mosquitos, habitantes dos "potes de malária", são, de fato, domesticados e controlados pelos xamãs que, por meio de encantamentos apropriadas, têm a capacidade de conduzi-los de volta aos potes antes de fechá-los, com o objetivo de pôr um termo aos ataques maláricos que ocorrem entre as chuvas e a seca. Desse modo, assumem o domínio total dos "potes de malária" e de seu conteúdo, podendo também abri-los e disseminar a malária pelo rio e os mosquitos pelas casas. É assim que crises individuais e/ou surtos epidêmicos palustres podem também ser atribuídos à feitiçaria dos xamãs.

Conclusão: a natureza contagiosa dos brancos

Vê-se, assim, a partir da análise dessas representações xamânicas, que os Desana reconhecem de maneira seletiva a origem exógena dessas quatro doenças infecciosas: se o sarampo, a varíola e a gripe estão indissolivelmente ligados aos brancos e seus objetos manufaturados, a malária, tanto sob forma endêmica quanto epidêmica, é, ao contrário, considerada uma moléstia autóctone, podendo ser interpretada como doença natural ("doença do universo") ou resultado de feitiçaria xamânica. Não há dúvida que os Desana chegaram a essa diferenciação etiológica porque identificam o alto grau de contágio como uma especificidade das doenças que atribuem aos efeitos do contato interétnico e porque reconhecem a maneira seletiva com que elas atacam índios e brancos. Fica, portanto, claro que a relação entre representações xamânicas e dados biomédicos não é aleatória, mas se baseia numa observação minuciosa e exaustiva das características objetivas (epidemiológicas) dessas diversas patologias.

A especificidade das doenças que os Desana associam aos brancos, isto é, a sua natureza contagiosa, remete a uma diferença radical entre brancos e índios, inscrita no seu mito de origem da humanidade. Com efeito, neste mito, o ancestral Suribo-Goabi, cuja identidade de branco foi determinada por sua capacidade de usar a espingarda que o Criador apresentou a todos os ancestrais da humanidade, adquiriu por determinação do ser supremo, o poder de fabricar, indefinidamente, objetos manufaturados. De acordo com o mesmo mito, ele também foi o único a não ter medo de consumir o ipadu (*ahpi* em desana, *Erythroxylum coca var. ipadu*) "da imortalidade" ou "da multiplicação da gente", apesar dos animais e insetos peçonhentos que infestavam a borda da cuia. É por isso que os brancos "mudam de pele" (de roupa), se multiplicam rapidamente e vivem por muito tempo. Por medo desses bichos, o ancestral dos índios não ousou sequer aproximar-se da cuia de ipadu, selando, assim, o destino dos índios. Ao contrário da população indígena desta região, condenada a uma vida breve e a um perpétuo declínio demográfico, os brancos gozam de uma extrema capacidade de reprodução, análoga à de seus objetos e também à de suas doenças. Extremo contágio e patogenia seletiva são, portanto, dimensões fundamentais da percepção histórica e cultural das doenças que os Desana associam aos brancos, extensivas à sua conceitualização dos próprios brancos e de seus objetos.

As sociedades indígenas, muitas vezes, associam as devastadoras epidemias à tecnologia ocidental; ambas manifestam um tipo de poder "sobrenatural" ou "mágico" dos brancos (MacNeill 1978, Martin 1978, Axtell 1985, Trigger 1985). Segundo vários historiadores e antropólogos, tal concepção teria favorecido a penetração e expansão européias e precipitado o processo de conversão dos índios ao cristianismo (MacNeill *ibid*, Martin *ibid*). Embora a natureza exata desse poder jamais tenha sido explicitada pelos antropólogos, fica claro que, para os Desana, tal poder -- manifesto na aparente imunidade dos brancos às doenças infecto-contagiosas, na sua densidade demográfica, na sua grande habilidade técnica e também na sua opulência -- fundamenta-se na exorbitante capacidade de reprodução e disseminação dos brancos e de suas posses (objetos, doenças) e só parece capaz de se expressar às custas da própria existência dos índios. De certo modo, é esse o sentido da maldição do Criador que quis castigar os índios por sua incompetência no uso da espingarda e por sua recusa a tomar da cuia de ipadu:

Assim vocês ficarão. Vocês cantarão uma só vez na vida. Ficarão doentes e morrerão. O pai de dois rapazes morrerá. Os recém-nascidos, as crianças e os adolescentes morrerão. Os jovens solteiros morrerão. Os velhos morrerão. Todos vocês morrerão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERT, B. 1988. La fumée du métal. Histoire et représentations du contact chez les Yanomami (Brésil). *L'Homme*, 106-107 (2-3):87-119.
- ALBERT, B. e G. GOODWIN GOMEZ. 1995. *Saúde Yanomami. Um Manual Etnolingüístico* (Ms), 207 pp.
- ALVARADO, C.A. 1976. "Malária". In *Doenças Infecciosas e Parasitárias* (R. Veronesi, org.), pp. 660-682. Brasília: Guanabara, Koogan.
- ANGULO, J. 1976. "Varíola". In *Doenças Infecciosas e Parasitárias* (R. Veronesi, org.), pp. 79-94. Brasília: Guanabara, Koogan.
- ARMELAGOS, G.J., A. GOODMAN e K.H. JACOBS. 1978. "The ecological perspective of disease". In *Health and the Human Condition* (M.H. Logan e E.E. Hunt, orgs.), pp. 71-95. North Scituate: Duxbury Press.
- ASHBURN, P.M. 1947. *The Ranks of Death. A Medical History of the Conquest of America*. Nova Iorque: Coward-McCann Inc.
- AXTELL, J. 1985. *The Invasion Within: The Contest of Cultures in Colonial North America*. Nova Iorque: Oxford University Press.
- BALL, A.P. 1977. "Measles". In *A World Geography of Human Diseases* (G.M. Howe, org.), pp. 237-254. Londres: Academic Press.
- BLACK, F.L. 1966. Measles endemicity in insular populations. Critical community size and its evolutionary implications. *Journal of Theoretical Biology*, 11:207-211.
- _____. 1975. Infectious diseases in primitive societies. *Science*, 187:515-518.
- BLACK, F.L., W.J. HIERHOLZER, D. de P. PINHEIRO, A.S. EVANS, J.P. WOODALL, E.M. OPTON, J.E. EMMONS, B.S. WEST, G. EDSALL, W.G. DOWNS e G.D. WALLACE. 1974. Evidence for persistence of infectious agents in isolated human populations. *American Journal of Epidemiology*, 100 (3):230-250.
- BLACK, F.L., F. de P. PINHEIRO, W.J. HIERHOLZER e R.V. LEE. 1977. "Epidemiology of infectious diseases: the example of measles". In *Health and Disease in Tribal Societies* (Ciba Foundation, org.), pp. 115-135. Amsterdam/Nova Iorque: Elsevier/Excerpta Medica (Ciba Foundation Symposium n° 49).
- BONNET, D. 1986. *Représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina*. Ouagadougou: ORSTOM.
- BRUCE-CHWATT, L.J. 1965. Paleogenesis and paleoepidemiology of primate malarías. *Bulletin of the World Health Organization*, 32:363-387.
- BRÜZZI, A.A. da SILVA. 1977. *A Civilização Indígena do Uaupés. Observações Antropológicas, Etnográficas e Sociológicas*. Roma: LAS.
- BUCHILLET, D. 1990. Pari Cachoeira: le laboratoire Tukano du Projet Calha Norte. *Ethnies. Droits de l'Homme et Peuples Autochtones* (Número especial: "Indiens et développement en Amazonie"), 11-12:128-135.
- CHAGNON, N. e T.F. MELANCON. 1984. "Reproduction, numbers of kin, and epidemics in a 'virgin soil' population". In *Population and Biology* (N. Keyfitz, org.), pp. 147-167. Liège: Ordina Editions.
- COCKBURN, A.T. 1963. *The Evolution and Eradication of Infectious Diseases*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- COIMBRA, C.E., Jr. 1988. Human factors in the epidemiology of malaria in the Brazilian Amazon. *Human Organization*, 47 (3):254-260.
- CONKLIN, B.A. 1994. "O sistema médico Wari (Pakaanóva)". In *Saúde & Povos Indígenas* (R.V. Santos e C.E. Coimbra, Jr., orgs.), pp. 161-186. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- CORREA, F. 1987. Medicina tradicional Cubeo. *Boletim de Antropologia* (Universidade de Antioquia), 6 (21):141-186.
- COSTA, Dom F. 1909. *Carta Pastoral de Dom Frederico Costa, Bispo do Amazonas a Seus Amados Diocesanos*. Fortaleza.
- COUDREAU, H. 1887/89. *La France équinoxiale*. Paris: Challamel Aine, 2 vols.

- CROSBY, A.W., Jr. 1972. *The Columbian Exchange. Biological and Cultural Consequences of 1492*. Westport, Connecticut: Greenwood Press (Contributions in American Studies n° 2).
- CRUZ, O.G. 1972 [1913]. *Relatório sobre as Condições Médico-sanitárias do Valle do Amazonas. Apresentado a S. Ex^a. o Snr. Dr. Pedro de Toledo, Ministro da Agricultura, Industria e Commercio*. Rio de Janeiro: Typ. do Jornal do Commercio de Rodrigues & C. (Republicado em 1972 in *Oswaldo Cruz, Carlos Chagas e Afrânio Peixoto. Sobre o Saneamento da Amazônia*, pp. 46-119. Manaus: Philippe Daou S.A.).
- DEANE, L.M., O.E. CAUSEY e M.P. DEANE. 1948. Notas sobre a distribuição e a biologia dos anofelinos das regiões nordestina e amazônica do Brasil. *Revista do Serviço Especial de Saúde Pública*, 1:827-965.
- DOBYNS, H.F. 1966. Estimating aboriginal American population: an appraisal of techniques with a New Hemispheric estimate. *Current Anthropology*, 7:395-416, 425-435, 440-444.
- _____. 1983. *Their Numbers Become Thinned: Native American Population Dynamics in Eastern North America*. Knoxville: University of Tennessee Press.
- DUNN, F.L. 1965. On the antiquity of malaria in the Western Hemisphere. *Human Biology*, 37 (4):385-393.
- FERREIRA, E. 1981. "Observações sobre a tribo Anophelini no Brasil". In *Situações e Perspectivas do Controle das Doenças Infecciosas e Parasitárias. Um Seminário na Universidade de Brasília*, pp. 241-249. Brasília: Editora de Universidade de Brasília (Cadernos da UnB).
- GALLOIS, D.T. 1991. "A categoria 'Doença de Branco': ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena?" In *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia* (D. Buchillet, org.), pp. 175-205. Belém: MPEG/Edições CEJUP/UEP.
- GENTILINI, M. 1993. *Médecine tropicale*. Paris: Flammarion (Médecine-Sciences).
- GIGLIOLI, G.G. 1968. "Malaria in the American Indian". In *Biomedical Challenges Presented by the American Indian* (Pan American Health Organization, org.), pp. 104-113. Washington, D.C.: Pan American Health Organization (PAHO Scientific Publications n° 165).
- HENIGE, D. 1986. Primary source by primary source? On the role of epidemics in New World depopulation. *Ethnohistory*, 33:293-312.
- HILL, J. 1983. *Wakuenai Society: A Processual Structural Analysis of Indigenous Cultural Life in the Upper Rio Negro Region of Venezuela*. Ph.D Dissertation, Indiana University.
- HOPKINS, D.R. 1983. *Princes and Peasants: Smallpox in History*. Chicago: The University of Chicago Press.
- JORALEMON, D. 1982. New World depopulation and the case of disease. *Journal of Anthropological Research*, 38 (1):108-127.
- KOCH-GRÜNBERG, T. 1909/10. *Zwei Jahre unter den Indianern. Reisen in nord-west Brasilien 1903/1905*. Berlim: Ernst Warmuth A.G., 2 vols.
- KOK, S.M.M. 1925. Quelques notices ethnographiques sur les Indiens du Rio Papuri. *Anthropos*, 20:624-637.
- LACORTE, J.G. e R. VERONESI. 1976. "Influenza (gripe)". In *Doenças Infecciosas e Parasitárias* (R. Veronesi, org.), pp. 16-23. Brasília: Guanabara, Koogan.
- LAROCQUE, R. 1988. Le rôle de la contagion dans la conquête des Amériques: importance exagérée attribuée aux agents infectieux. *Recherches Amérindiennes au Québec*, XVIII (1):5-16.
- MACGOVERN, W.M. 1928. *Jungle Paths and Inca Ruins. The Record of an Expedition*. Londres: Hutchinson & Co (Publishers) Ltd., Paternoster Row.
- MACNEILL, W.H. 1978. *Les Temps de la Peste. Essai sur les épidémies dans l'histoire*. Paris: Hachette (Hachette Littérature).
- MARTIN, C. 1978. *Keepers of the Game: Indian-Animal Relationships and the Fur Trade*. Berkeley: University of California Press.
- MENDONÇA DE SOUZA, S., A.J.G. ARAÚJO e L.F. FERREIRA. 1994. "Saúde e doença em grupos indígenas pré-históricos do Brasil: paleopatologia e paleoparasitologia". In *Saúde & Povos Indígenas* (R.V. Santos e C.E. Coimbra, Jr., orgs.), pp. 21-42. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- MONTAGNER-MELATTI, D. 1985. *O Mundo dos Espíritos: Estudo Etnográfico dos Ritos de Cura Marúbo*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília.

- MOUCHET, J., M. NADIDRE-GALLIOT, F. GAY, J.P. POMAN, L. LEPELLETIER, J. CLAUSTRE e S. BELLONY. 1989. Le paludisme en Guyane. II. Les caractéristiques des différents foyers et la lutte antipaludique. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 82:393-405.
- NEEL, J.V. 1970. Lessons from a "primitive" people. *Science*, 170 (3960):815-822.
- _____. 1982. Infectious diseases among Amerindians. *Medical Anthropology*, 6:47-55.
- NIMUENDAJU, C. 1927. Reconhecimento dos rios Içana, Ayari e Uaupés. *Journal de la Société des Américanistes*, 39:125-182 (primeira parte).
- PAGÉS, F. 1966. *Le paludisme*. Paris: PUF ("Que sais-je?").
- PRELAZIA DE SÃO GABRIEL (MISSÃO SALESIANA DO RIO NEGRO, AMAZONAS). 1936. *Usos e Costumes dos Selvícolas da Amazônia. Episódios Missionários*. Nitheroy: Escolas Profissionais Salesianas.
- REFF, D.T. 1991. *Disease, Depopulation, and Culture Change in Northwestern New Spain, 1518-1764*. Salt Lake City: University of Utah Press.
- REGO, J. PEREIRA do. 1869. "Relatório com que o Exmo. Sr. Presidente da Província Dr. Jacintho Pereira do Rego abriu a 1ª Assembléia Legislativa Provincial do Amazonas no dia 1º de julho de 1868". In *Relatório dos Presidentes da Província do Amazonas*. Manaus: Typographia do Amazonas de A. da C. Mendes, vol. 14.
- RODRIGUES FERREIRA, A. 1983 [1885-88]. Diário da viagem philosophica pela Capitania de São José do Rio Negro. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*, 48/1 (1885):1-234; 49/1 (1886):123-288; 50/2 (1887):11-142; 51/1 (1888):5-166 (Republicado em 1983 in *Viagem Filosófica ao Rio Negro*. Belém: MPEG/CNPq/Fundação Roberto Marinho).
- SAMPAIO, F.X. RIBEIRO de. 1985 [1826]. *Diário da Viagem que em Visita e Correição das Povoações da Capitania de S. Joze do Rio Negro Fez o Ouvidor e Intendente Geral da Mesma Francisco Xavier Ribeiro de Sampaio no Anno de 1774 e 1775*. Lisboa: Typographia da Academia (Republicado em 1985 in *As Viagens do Ouvidor Sampaio*. Manaus: Fundo Editorial da Associação Comercial do Amazonas. Coleção Hiléia Amazônica vol. 4).
- SEED, P. 1992. Taking possession and reading texts: establishing the authority of overseas empires. *The William and Mary Quarterly*, 3ª série, XLIX:183-209.
- _____. 1993. Colonial and postcolonial discourse. *Latin American Research Review*, 28 (3):181-200.
- SNOW, D.R. e K.M. LANPHEAR. 1988. European contact and Indian depopulation in the Northeast: the timing of the first epidemics. *Ethnohistory*, 35 (1):15-33.
- SOUZA SANTOS, A.M. de, E.M.R. de CASTRO, J.B. TEIXEIRA e V.M.A. PALHARES. 1976. *Avaliação da Prelazia Salesiana do Rio Negro*. Belém: SUDAM, 126 pp.
- SWEET, D.G. 1974. *A Rich Realm of Nature Destroyed: The Middle Amazon Valley, 1640-1750*. Ph.D Dissertation, University of Wisconsin, Madison.
- THORNTON, R. 1986. History, structure, and survival: a comparison of the Yuki (Ukomno'm) and Tolowa (Hush) Indians of Northern California. *Ethnohistory*, 25 (2):119-130.
- _____. 1987. *American Indian Holocaust and Survival: A Population History since 1492*. Norman: University of Oklahoma Press.
- THORNTON, R., T. MILLET e J. WARREN. 1991. American Indian population recovery following smallpox epidemics. *American Anthropologist*, 93 (1):28-45.
- TRIGGER, B.G. 1985. *Natives and Newcomers*. Montréal: McGill-Queen's University Press.
- UPHAM, S. 1986. Smallpox and climate in the American Southwest. *American Anthropologist*, 88 (1):115-128.
- VERANI, C.B.L. 1991. "Representações tradicionais da doença entre os Kuikuro (Alto Xingu)" In *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia* (D. Buchillet, org.), pp. 65-88. Belém: MPEG/Edições CEJUP/UEP.
- VERANO, J.W. e D.H. UBERLAKER (orgs). 1992. *Disease and Demography in the Americas*. Washington/Londres: Smithsonian Institution Press.
- VIANNA, A. 1975 [1908]. *As Epidemias no Pará*. Belém: Universidade Federal do Pará.
- VIVEIROS DE CASTRO, E. 1977. *Indivíduo e Sociedade no Alto Xingu: Os Yawalapití*. Dissertação de Mestrado, Museu Nacional, UFRJ.

- WALLACE, A.R. 1853. *A Narrative of Travels on the Amazon and Rio Negro*. Nova Iorque: Dover Publications, Inc.
- _____ 1971. *Palm Trees of the Amazon*. Lawrence, Kansas: Coronado Press.
- WHIFFEN, T. 1915. *The North-west Amazons. Notes of Some Months Spent among Cannibal Tribes*. Londres: Constable and Company Ltd.
- WIRSING, R.L. 1985. The health of traditional societies and the effect of acculturation. *Current Anthropology*, 26 (3):303-322.

