

Texto: Doenças e Curas  
O Brasil nos primeiros séculos  
Cristina Gurgel  
Editora Contexto, 2010.

## CONSEQUÊNCIAS BIOLÓGICAS DO ISOLAMENTO GEOGRÁFICO

*Gentes novas escondidas  
Que nunca foram sabidas [...].*  
Quadrinha portuguesa, século XVI

Quando os europeus aportaram nas Américas, encontraram povos como os incas, tupis-guaranis e astecas, para mencionar apenas alguns, que conviviam no continente em um interessante – e intrigante – caldeirão cultural. Contudo, se nos usos, costumes e tradições dessa população autóctone notava-se uma incrível diversidade, o mesmo não ocorria com as descrições de seu biotipo. A exemplo do frei José de Acosta, outros colonizadores observaram o aspecto físico daqueles habitantes e, de norte a sul, as descrições eram coincidentes. Essa foi uma das razões por que os povos receberam a denominação comum de índios, qualquer que fosse a cultura a qual pertencessem. Na atualidade, a ciência e a tecnologia descobriram similaridades entre essa população muito mais profundas que meras características fenotípicas.

Um dos primeiros perfis genéticos ameríndios analisados tornou-se possível graças à facilidade de sua obtenção: a tipagem sanguínea ABO. Essa análise constatou que, diferentemente de seus ascendentes asiáticos, o tipo sanguíneo O é predominante na Mesoamérica e América do Sul, sugerindo que em algum momento existiu no continente um fator seletivo desconhecido, contrário a A e B e favorável ao grupo O. Essa uniformidade genética relacionada ao grupo sanguíneo não é isolada, mas estende-se para a resposta imune. De fato, em geral os ameríndios apresentam a mesma

incapacidade de combater infecções estranhas ao seu meio, que causaram – e causam – verdadeiras tragédias demográficas entre eles (ver Box 1).

### **Box 1 – Imunidade transmitida**

A deflagração de uma resposta imune é extremamente complexa. Os fatores HLA (Human Leucocyte Antigen) são componentes de apenas um dos sistemas que definem a personalidade imunológica de indivíduos da mesma espécie, mas suas propriedades permitem que sejam usados na caracterização genética de diferentes povos e suas etnias. Assim, apesar de a resposta imune específica precisar de ativação – o que somente acontece em contato com agentes agressores –, quando essa ativação ocorre, as capacidades de reconhecer e combater micro-organismos podem ser transmitidas às gerações seguintes e passam a fazer parte do patrimônio genético de uma população. No relacionamento com outros povos e conseqüentemente com outros agressores, essa população adquire defesa imunológica cada vez mais abrangente a toda sorte de parasitas.

Ao tomar conhecimento desses mecanismos, consegue-se entender, pelo menos em parte, a deficiência imune dos nativos americanos, que, por milhares de anos, permaneceram isolados de outros povos do planeta e de seus micro-organismos

Muitas respostas ainda estão por surgir a respeito dessa ineficiência imune. Contudo, um fator de enorme gravidade, que possivelmente se-  
lou essa incapacidade de resposta orgânica a infecções, foi a escassez ou virtual ausência de animais domésticos entre os nativos.

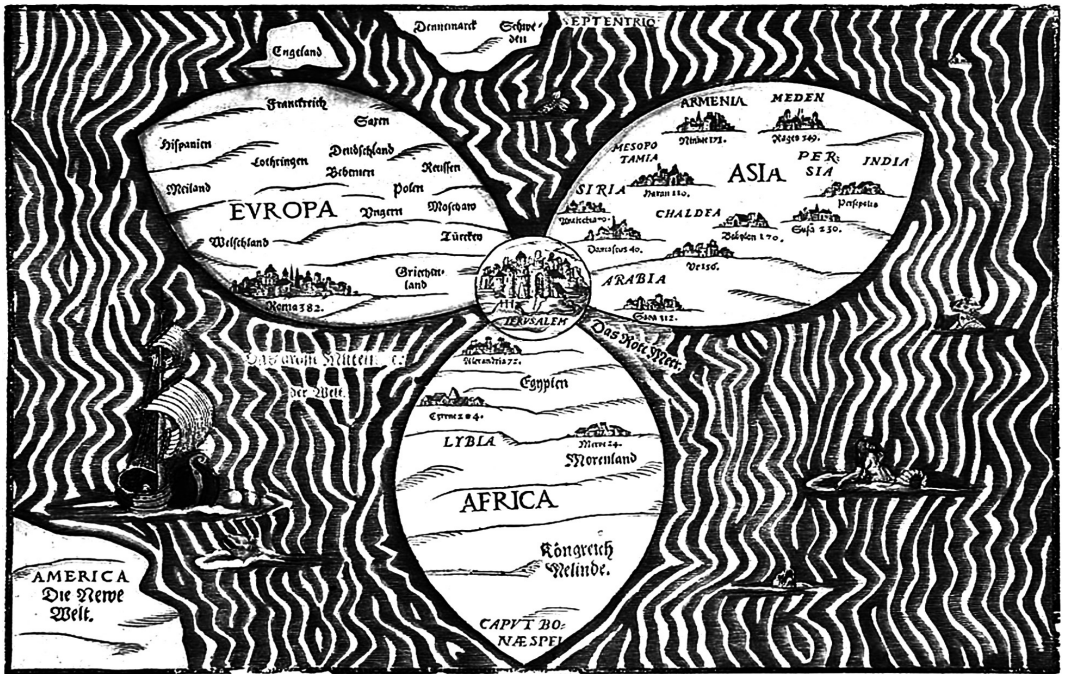
Na longa história da humanidade, o relacionamento do homem com esses animais originou a troca mútua de micro-organismos e, conseqüentemente, uma maior exposição a agentes agressores. Nesses relacionamentos houve alterações comportamentais e mutações genéticas parasitárias que, ao longo de milhares de anos, criaram condições

para o aparecimento de novas doenças específicas para cada espécie parasitada. Assim sendo, o intercâmbio entre reses, cães e humanos e um vírus peculiar originou o surgimento, respectivamente, da peste bovina, da cinomose e do sarampo. Aves selvagens entraram em contato com as domesticadas e causaram surtos de gripe entre elas e em seres humanos; e no convívio com o gado, os vírus oscilaram entre as diferentes espécies e por fim tornaram-se específicos para a varíola bovina e a humana. Essa íntima convivência através dos séculos selecionou indivíduos, se não totalmente imunes, mas com capacidade de reconhecer e de combater as doenças que poderiam advir desse contato.

A falta de animais domésticos resultou, em termos de diversidade, em um menor estresse biológico para os nativos. No entanto, eles não deixaram de produzir respostas imunes desencadeadas e voltadas a agressores de seu meio específico, que em nada se comparavam aos encontrados na Europa, Ásia ou África. Isso pode ser comprovado em tribos amazônicas isoladas, como os ianomâmis. Neles se encontram elevados níveis de anticorpos contra macroparasitas próprios de seu ambiente, uma resposta imune desencadeada pela exposição prolongada a estes organismos.

Todavia, o problema da imunidade indígena quanto a micro-organismos adventícios é muito mais profundo e abrangente. Os índios achés (Paraguai), submetidos ao teste tuberculínico (Mantoux) – usado para avaliar se o indivíduo entrou em contato com o bacilo da tuberculose e se é capaz de reagir a ele –, demonstram incapacidade para desencadear uma resposta imune celular, mesmo quando há uma alta frequência de tuberculose entre eles. Isso significa que aqueles índios têm o estímulo da presença do agressor, mas não são capazes de deflagrar uma resposta defensiva contra ele.

Além da ausência de animais domésticos, é possível que outro fator tenha contribuído para a ineficácia imune ameríndia: o seu isolamento geográfico. O relacionamento com povos de outros continentes, que possibilitaria o intercâmbio gradual e progressivo de micro-organismos e seu conseqüente estímulo imunológico, esteve forçosamente ausente



Na representação esquemática dos continentes, a noção de isolamento geográfico das Américas.

por milhares de anos. Incapazes de desenvolver uma resposta imune, os indígenas ficaram à mercê da agressão quando em contato repentino com agentes infecciosos estranhos.

O tempo e a história mostraram as trágicas consequências desses eventos.

## POR QUEM OS SINOS DOBRARAM

*Há de quando em quando grandes mortandades entre eles [índios]  
como aconteceu pouco tempo há, que pedaços lhes caíam, com  
grandes dores e um cheiro peçonhentíssimo [...].*

Carta de Baltazar Fernandes ao Colégio de Coimbra, 5/12/1567

A varíola, provavelmente originária da Índia, chegou à Europa durante a Idade Média trazida pelos sarracenos, deixando um rastro de

morte por onde passasse. Era uma velha inimiga na Ásia e África, cujas populações desde tempos imemoriais invocavam divindades protetoras como Sitala Mata (Índia), Ma-Chen e Pan-Chen (China) e Sopona (África – iorubás; no Brasil foi introduzido com os nomes de Omulu e Obaluaê). No entanto, a moléstia era totalmente desconhecida nas Américas. O nome “varíola” vem do latim *varius*, indicativo de doença com lesões pontuais na pele, popularmente denominadas “bexigas”. Essas lesões eram as manifestações mais notáveis da doença, que seguiam um curso evolutivo definido de mácula, pápula, vesícula, pústula, crosta e cicatriz, sempre acompanhadas por toxemia (ver Box 13). Uma moléstia que podia ser confundida com a varíola era a varicela, hoje menos destrutiva, diferenciada da primeira pela presença dessas mesmas lesões cutâneas, mas que apareciam simultaneamente e não em sequência. Essa particularidade clínica pode não ter sido percebida em algumas ocasiões e os antigos relatos referem-se apenas a epidemia de bexigas, nome que podia aplicar-se às duas doenças.

### Box 13 – Varíola

As manifestações clínicas típicas da varíola eram de toxemia e exantema. A toxemia iniciava-se bruscamente e manifestava-se por febre, dor de cabeça, dores pelo corpo e mal-estar geral. O exantema seguia curso evolutivo das lesões descritas no texto principal.

O agente causal da varíola – *Poxvirus variolae* – podia conservar sua infectividade em crostas abandonadas por mais de um ano à temperatura ambiente. Idade, clima e gênero não evitavam nem favoreciam a contaminação, que ocorria por contato com gotículas de saliva ou secreções respiratórias de indivíduo infectado.

Não obstante existir essa denominação comum, o atual designativo popular brasileiro para varicela é catapora, palavra tupi que significa “fogo que salta”. Esse sugestivo termo, possivelmente originado durante as grandes epidemias coloniais, traduz o sintoma apresentado pelos brasilíndios que morriam da doença aos milhares. Contudo, muitos relatos não deixam



A varíola fez inúmeras vítimas entre a população colonial, principalmente os indígenas.

dúvidas sobre a real causadora de muitas das tragédias que assolavam os indígenas. A varíola podia manifestar-se sob uma forma fulminante, denominada “púrpura variolosa”, cuja vítima era rapidamente levada à morte sem que houvesse tempo para a erupção de lesões variólicas propriamente ditas. A pele tornava-se friável, descolava-se facilmente ou formava bolhas. Essa terrível apresentação da varíola estava relacionada à falta de resposta imune do doente e foi a provável forma que ocorreu entre os indígenas em várias epidemias no Brasil, em especial no grande surto de 1563-1564.

Nele, os nativos morreram aos milhares – 30 mil em três meses. Esse número pode ser impreciso, consideradas as limitações da época, mas a alta mortalidade indígena é uma informação comum a todos os relatos. A epidemia, iniciada em Portugal em 1562, chegou primeiramente a Itaparica e em menos de um ano foi reintroduzida em Ilhéus. Daquele local espalhou-se de norte a sul do Brasil e causou extraordinária mortandade, não poupando sequer os mais fortes guerreiros. O testemunho emocionado do padre Leonardo do Valle, datado de 12 de maio de 1563, dá uma ideia das dimensões da tragédia:

[...] seu pecado foi castigado por uma peste tão estranha que por ventura nunca nestas partes houve outra semelhante [...] alguns querem dizer que se pegou da nau em que veio o padre Francisco Viegas, porque começou nos Ilhéus, onde ela foi aportar... a mortandade era tal que havia casa que tinha 120 doentes e a uns faltavam já os paes, a outros os filhos e parentes e, o que pior é, as mães, irmãs e mulheres, que são as que fazem tudo [...] faltando elas não havia quem olhasse pelos doentes... havia muitas mulheres prenhes que tanto que lhes dava o mal as debilitava de maneira que botavam a criança [...] e destas prenhes quase nenhuma escapava por toda a terra, nem menos as crianças [...]. Finalmente chegou a coisa a tanto que já não havia quem fizesse as covas e alguns se enterravam [...] arredor das casas e tão mal-enterrados que os tiravam os porcos [...] e o que é mais para doer, que muitos morriam sem confissão e sem batismo, porque era impossível acudir em dois padres a tanta

multidão [...] se morriam 12, caíam 20 [...]. Bem me parece que em cada uma daquelas três aldeias morreria a terceira parte da gente porque só em Nossa Senhora da Assunção haverá dois meses que ouvi dizer que eram mortas 1.080 almas, e com tudo isso diziam os índios que não era nada em comparação da mortalidade que ia pelo sertão adentro [...].

Após o início da doença, os religiosos valeram-se de todos os recursos disponíveis. Rezas, sangrias, banhos quentes, faziam parte de seu limitado arsenal terapêutico. As vítimas sofriam de febre e dores lancinantes e os jesuítas cortavam-lhes “todas as carnes” que se desprendiam dos corpos, numa tentativa desesperada de se livrarem do mal. Mas o resultado era frustrado – os nativos morriam em três ou quatro dias e o cheiro da morte espalhava-se pelos aldeamentos e missões. Os cadáveres, enterrados altas horas da noite em valas comuns, já não recebiam os cuidados de seus antepassados e o peso da terra envolvia seus corpos, dragava suas almas e enterrava a dignidade outrora conferida a seus ancestrais.

Esse foi apenas um dos muitos surtos de varíola que aconteceram durante o período colonial. As temerosas bexigas provavelmente chegaram ao Brasil a partir de 1555, trazidas ao Rio de Janeiro pelos calvinistas franceses, que haviam ali fundado um pequeno núcleo populacional. O sonho da França Antártica falhou, Portugal perdeu alguns de seus súditos mais ilustres na expulsão dos invasores, e os indígenas, incontáveis vidas. Em 1560 registrou-se um novo surto trazido por escravos africanos infectados, seguido por outro no Espírito Santo em 1565. Conta-se que ali a mortalidade foi tamanha que uma mesma moradia podia servir como enfermaria para os doentes e cemitério para os mortos.

Em sua marcha galopante, a varíola não poupava nem mesmo os rincões mais distantes. Da costa do Pacífico à do Atlântico, o número



de vítimas aumentava exponencialmente e causava o desaparecimento de povos, culturas, civilizações inteiras. Toda a América do Sul foi contaminada até 1588; supõe-se uma mesma relação de morbimortalidade entre os nativos de ambos os lados dos Andes: 30 a 50% dos indígenas sucumbiam logo nos primeiros dias após o contágio. No Brasil, epidemias variólicas seguiram seu curso ao longo dos séculos e irromperam em diferentes pontos do país. No século XVII surtos ocorreram em 1616, 1621, 1631, 1642, 1662-1663, 1665-1666 e 1680-1684, todos iniciados nas capitanias do norte, então o principal polo econômico do país. Em 1695 descreveu-se a primeira epidemia no Rio Grande do Sul, mas em decorrência da grande extensão do mal, é muito provável que outras tenham acontecido antes dessa.

Às epidemias seguia-se o drama da fome – não havia quem pudesse cultivar a terra – e a desnutrição atingia em cheio uma população já de pauperada, sem condições físicas e psicológicas para prosseguir com suas vidas. Gradativamente o desespero e desorganização passaram a imperar em toda a sociedade indígena; em um ambiente de morte e desolação, os sobreviventes vendiam-se famintos como escravos e abandonavam os filhos. As pestes invertiam até mesmo o resultado de muitas batalhas cuja vitória nativa parecia certa – os potiguares são um exemplo notório deste drama.

Como vingança por um massacre ocorrido na Paraíba em 1597, o governador-geral Francisco de Souza ordenou ao governador de Pernambuco, Manoel Mascarenhas Homem, que atacasse os potiguares, que até então viviam espalhados em cinquenta aldeias da Paraíba até o Maranhão. Destruindo povoações que encontravam em seu caminho, os portugueses foram detidos pela varíola, que matou muitos de seus combatentes. Forçados à retirada, os sobreviventes voltaram à Paraíba, deixando insepultas as vítimas da doença. Existem relatos de que os índios, ignorantes do real perigo, quebravam a cabeça dos cadáveres e comiam seus miolos – verdade ou mito, o fato é que não havia necessidade de se chegar a esse ponto para ser atingido pela varíola. Contaminados, arra-

sados pela doença, a mortalidade entre os nativos foi tamanha naquele ano que os colonizadores, ao entrarem na barra de Natal (Rio Grande do Norte), outrora um reduto indígena intransponível, não encontraram indícios da temida ferocidade de seus inimigos. Após resistirem militarmente por 25 anos, os potiguares renderam-se aos portugueses, aniquilados pela varíola. Os poucos sobreviventes, exaustos, famintos e desorientados, acabaram recrutados na luta contra outra tribo hostil: os aimorés. Estes seguiram destino semelhante e tombaram pelas bexigas e outras doenças infectocontagiosas.

Em decorrência das epidemias, do choque cultural e do conflito de interesses entre nativos e a administração jesuítica, a implementação de muitos aldeamentos e missões fracassou ao longo do século XVI. Serafim Leite cita como exemplo as primeiras aldeias no Recôncavo Baiano e seu destino:

- Aldeia do Rio Vermelho (1556): rapidamente abandonada pelos índios;
- Aldeia de São Sebastião (1556): todos fugiram em 1557;
- Aldeia do Simão: quase todos fugiram em 1557;
- Aldeia de São Paulo (hoje Brotas) (1558): formada pela união de quatro aldeias. Atacada em 1563 pela epidemia de varíola que matou quase toda a população;
- Aldeia de São João (1560): todos fugiram;
- Aldeia de Santiago (1559): destruída pela fome e fuga;
- Aldeia de Santo Antônio (1560): destruída pela fome;
- Aldeia de Bom Jesus de Tatuapara (1561): temendo os padres, os índios passaram a não mais cultivar as terras, morrendo de fome;
- Aldeia de São Pedro de Saboig (1561): não durou mais de um ano. Fuga em resultado da fome;
- Aldeias de Itaparica, de São Miguel de Taperaçuá e de Nossa Senhora da Assunção de Tapepitanga (1561): atacadas por peste e fome em 1563-1564, resultando em fuga geral.

Com o passar dos anos, os jesuítas tinham cada vez mais dificuldades em “recrutar” os brasilíndios para a vida nos aldeamentos. Desanimados,

os clérigos registravam o drama daquelas populações; impotentes, testemunhavam o despovoamento que se seguiu:

[...] naqueles primeiros vinte anos depois que os nossos entraram no Brasil, havia junto ao mar tão grande multidão de gente que dizia Tomé de Souza, que foi governador daquelas partes, a El-rei dom João III, que ainda que os cortassem em açougue, nunca faltariam, e assim nos primeiros quarenta anos eram infinitos os que se convertiam e as igrejas eram muitas. Porém como os brancos portugueses iam povoando a terra e fazendo engenhos de açúcar e fazendas e para isto tinham necessidade de muitos trabalhadores, começaram de lançar mão dos naturais da terra, e o que pior é, a cativá-los e fazê-los escravos, ferrando-os e vendendo-os para diversas partes da mesma província. Pelo que os pobres brasis, como de sua natureza são tristes e coitados, entraram em tamanha melancolia, que os mais deles morreram e se consumiram, outros fugiram pela terra dentro e não pararam senão dali a cento e duzentas léguas, e deixaram a fralda do mar despovoada.

Os jesuítas não foram os únicos que, cômscios do decréscimo populacional indígena, constataram a existência de grandes faixas de terra vazias. Durante a invasão holandesa, os batavos relataram que entre 1645 e 1646 dificilmente conseguiriam mobilizar trezentos guerreiros nativos na capitania do Rio Grande (do Norte), ao passo que oitenta anos antes os números seriam da ordem de cem mil. O próprio Brasil holandês assistiu impotente a uma das epidemias de bexigas, que alcançou a Bahia em 1641 e logo depois o Rio de Janeiro. O surto teria começado entre escravos importados do Quilombo dos Corvos, lugar da África Central assim designado pelo grande número daquelas aves ali encontradas após uma epidemia de varíola.

Se a varíola ocorria em episódios trágicos e inexoráveis, e nos aldeamentos jesuíticos o fracasso se fazia presente pela enorme perda de vidas,

alguns colonos acharam na doença um meio propício para livrarem-se de índios hostis. Cientes que roupas de variólicos podiam transmitir o mal, os colonizadores propositadamente deixavam-nas próximas às aldeias cuja população queriam destruir. Deram origem, assim, à primeira arma biológica na história das Américas e essas práticas nefastas, longe de serem exceções, perpetuaram-se nos séculos seguintes. Em 1799, num officio, o ouvidor de Ilhéus, Balthazar da Silva Lisboa, informava das “doações” dessas vestimentas e suas fatais consequências aos índios. Da mesma forma, o naturalista Von Martius, que percorreu boa parte do Brasil do início do século XIX, testemunhou que em lugares onde os nativos atormentavam os portugueses por roubos, pilhagens e assassinatos, os colonos usavam o velho recurso das roupas contaminadas. Mesmo naquele século, o autor observou poucos índios com cicatrizes de varíola; os médicos brasileiros com quem conversou atribuíam a ausência dessas cicatrizes à alta mortalidade nativa e informavam-no de que, na melhor das hipóteses, salvava-se uma quarta parte dos doentes variólicos nativos.

A despeito de ser a população indígena a principal vítima da varíola, outros povos, de todos os continentes, sofriam com a doença. Em plena Europa do século XVIII, surtos mortais ocorriam – de cada 100 pessoas, 95 adoeciam e destas, uma em cada sete morria. Na tentativa desesperada de livrar-se da doença, tentava-se a variolização, técnica milenar oriental que expunha pessoas sadias a material retirado de lesões variolosas. A variolização baseava-se na constatação de que os sobreviventes a essa forma de contágio não estavam sujeitos a novas infecções. Essa técnica, entretanto, acarretava altos índices de mortalidade, já que o inoculado podia desenvolver diferentes manifestações da doença, mesmo se o material das pústulas variolosas tivesse sido obtido de indivíduos com a forma branda da varíola.

No Brasil a primeira variolização de que se têm notícia teria sido praticada por volta de 1740, pelo padre carmelita José da Magdalena. Ciente de que a população nativa era vítima potencial de epidemias, o superior das Missões do Rio Negro (Grão-Pará), que incluíam 26 povoa-

ções, iniciara a prática entre indígenas sob sua responsabilidade. O padre teria salvado, assim, um bom número de nativos, mas não são conhecidas outras tentativas de proteger os nativos por essa técnica.

Na realidade, a grande virada a favor da vida ocorreu no final do século XVIII, com a importante descoberta de Edward Jenner – a vacina. Desde então a doença recrudesciu até seu desaparecimento no século XX, mas antes ceifou milhares de vidas, causou o desaparecimento de povos inteiros e fez ruir economias (sobre a vacina, seu uso no Brasil e a erradicação da doença, ver Box 14).

#### **Box 14 – Sobre vacinação**

A mudança no tenebroso quadro proporcionado pela varíola por séculos mudou apenas a partir da descoberta da vacina por Edward Jenner. O perspicaz médico inglês constatou que ordenhadores em contato com lesões variolosas da pele e úbere de bovinos – *cowpox* – adquiriam a forma mais branda da doença. Jenner também observou que existiam dois tipos de varíola bovina e apenas uma delas, em um determinado estágio, tinha o poder de proteger as pessoas do mal. Passou a inocular, em indivíduos saudáveis, material obtido dessas lesões por escarificação (corte superficial) da pele. Essas pessoas adquiriam a forma mais branda da varíola e protegiam-se da virulenta. Das pústulas humanas era retirado novamente o produto que serviria para novas inoculações, surgindo assim uma cadeia de imunização. Jenner chamou esse produto de *vaccine* (“da vaca”), o qual foi inicialmente recebido com descrédito pela comunidade médica e leiga – a descrição de seu primeiro experimento chegou a ser recusada pela Sociedade Real da Inglaterra. Superados receios e dificuldades, a vacina acabou sendo difundida por toda a Europa, chegando ao Brasil no início do século XIX.

A vacina, apesar de introduzida em 1804, começou a ser empregada com certa regularidade no Brasil somente em 1811. Um

impulso na vacinação ocorreu por volta de 1840 com a chegada de amostras do vírus, mas inicialmente era utilizada apenas para a proteção de famílias nobres. Tornou-se obrigatória em todos os municípios do país por um decreto imperial de 1846, mas dificuldades materiais inviabilizaram o projeto. A obrigatoriedade retornou em São Paulo em 1891, treze anos antes do mesmo ocorrer na então capital federal, o Rio de Janeiro.

A vacina jenneriana, entretanto, possuía uma série de inconvenientes. Ela tinha seu efeito diminuído com o tempo e a reinoculação em humanos poderia causar a transmissão de outras doenças, como a sífilis e a tuberculose. O surgimento da vacina animal, produzida inicialmente a partir de vitelos, eliminou a inoculação braço a braço e foi introduzida no Brasil em 1887. A iniciativa partiu do barão de Pedro Afonso, no Instituto Vacinogênico do Rio de Janeiro, embrião do Instituto Municipal Soroterápico, posteriormente transformado no Instituto Oswaldo Cruz.

A vacinação tal qual hoje conhecemos, conseguida após 1950 por aprimorada técnica de obtenção e inoculação, foi suspensa mundialmente em 1977, e no ano seguinte, a varíola, que não possuía hospedeiro intermediário ou reservatório natural fora o homem, foi considerada erradicada.

Havia enfim terminado uma longa luta que ceifara muitas vidas e mudara radicalmente a história da humanidade, em especial nas Américas.

Para a empresa colonial, tamanha mortandade era inadmissível. As lavouras de cana e a produção de açúcar nos engenhos espalhados pela costa paravam em consequência da falta de mão de obra. Na tentativa de sanar o problema, os grandes proprietários de terra no norte do país iniciaram uma crescente importação de escravos negros, mais caros, porém mais fortes e resistentes do que os brasílios.

Um censo mais tardio, realizado entre escravos trabalhadores nas minas em 1725, mostra que o índice de mortalidade de africanos e crioulos era de 38,5 por mil cativos, ao passo que entre os índios sob as mesmas condições, a proporção de óbitos era de 125 por mil. Talvez esses índices fossem até maiores nos séculos anteriores, considerando-se uma população virgem ao contato com micro-organismos estranhos.

As impressões subjetivas de uma maior mortalidade indígena são, portanto, reais, e levariam qualquer empreendedor a procurar uma mão de obra que lhe trouxesse mais lucros, por um período maior de tempo. E foi exatamente o que aconteceu.

Com as doenças infecciosas e a fragilidade indígena diante delas, estava armada a trágica teia para os povos nativos dos dois lados do Atlântico sul. Índios e africanos sofreram e sucumbiram diante do poder do comércio, da ganância e cobiça implacáveis.