

**“Doentes e incapazes para marchar”: vida e morte no exército da Companhia Neerlandesa das Índias Ocidentais no Nordeste do Brasil, 1630-1654**

*“Sick and unable to march:” life and death in the army of the Dutch West India Company in the Northeast of Brazil, 1630-1654*

**Bruno Romero Ferreira Miranda**

Professor, Departamento de História/  
Universidade Federal Rural de Pernambuco.  
Rua Dom Manoel de Medeiros, s/n  
52171-900 – Recife – PE – Brasil  
bruno.miranda@dehist.ufrpe.br

Recebido para publicação em fevereiro de 2013.  
Aprovado para publicação em fevereiro de 2014.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015000200003>

MIRANDA, Bruno Romero Ferreira. “Doentes e incapazes para marchar”: vida e morte no exército da Companhia Neerlandesa das Índias Ocidentais no Nordeste do Brasil, 1630-1654. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.2, abr.-jun. 2015, p.337-353.

**Resumo**

Dos diversos males que infligiram o exército da Companhia das Índias Ocidentais em seus anos de atividade no Brasil, poucos podem ser comparados às doenças. São escassos, todavia, os dados quantitativos apresentados na historiografia para mostrar seu impacto nas tropas. Além dos índices de baixas por doença que ceifavam muitos militares, sabe-se pouco sobre os tratamentos médicos oferecidos, as principais doenças que atingiam a tropa e suas causas. Este artigo traz elementos que ajudam a compreender aspectos pouco trabalhados em termos quantitativos e sistemáticos pela historiografia e demonstra como as doenças afligiam a companhia e embarçavam suas ações no território.

Palavras-chave: cotidiano; doenças; soldados; Brasil holandês; Companhia Neerlandesa das Índias Ocidentais.

**Abstract**

*Of the many evils that were inflicted upon the army of the West India Company in its years of activity in Brazil, few could be compared to diseases. There is, however, little quantitative data in the field of historiography regarding the impact of disease on these troops. Apart from the limited amount of information about the diseases that affected many soldiers, little is known about the medical treatments that were available, the main diseases that affected the troops, and what were the causes. This article provides information to understand aspects that have been little studied in quantitative and systematic terms in the field of historiography, and demonstrates how the diseases afflicted the Company and affected its actions in the territory.*

Keywords: daily life; diseases; soldiers; Dutch Brazil; Dutch West India Company.

Entre as muitas dificuldades que atingiam o exército da Companhia Neerlandesa das Índias Ocidentais (West-Indische Compagnie, ou WIC) nos anos de sua atividade na região Nordeste do Brasil (1630-1654), poucas se equiparavam às doenças. Tal assertiva se aproxima de uma suposição existente no século XVII, com a qual alguns historiadores concordam, de que a maior parte das baixas entre os militares durante as guerras era causada por doenças e não por batalhas (Hale, 1985, p.120; Lindemann, 2010, p.39; Tallett, 1992, p.106). A despeito de essa afirmativa ter em parte norteado alguns estudos sobre a WIC (Guerra, 1979; Mello, 2001; Wätjen, 2004), poucos foram os dados quantitativos apresentados pela historiografia para provar essa conjectura. Ademais, os trabalhos sobre a WIC trataram apenas superficialmente a questão das doenças, com a exceção de Guerra (1979). Todavia, seu artigo carece de informação quantitativa e é baseado em cronistas da guerra que não oferecem informações metódicas, a exemplo das listagens produzidas pela administração da WIC. Além dos índices de baixas por doença que ceifavam muitos militares da WIC, fala-se pouco sobre os tratamentos médicos oferecidos para fazer frente a tais moléstias e os encarregados de cuidar dos enfermos. As informações a respeito das principais doenças que grassavam entre a tropa e suas causas, a despeito dos danos permanentes ao exército, ainda estão bastante fragmentadas nos principais estudos sobre a WIC. O objetivo deste artigo é contribuir para a historiografia sobre a presença da WIC no Brasil, assim como mostrar, em estudo sistemático, de que modo essas baixas afetaram o cotidiano dos militares e entravaram as ações do exército.

### **Baixas por doença, ferimento e morte**

“Doentes e incapazes para marchar”. Essas foram palavras comumente utilizadas em algumas das listas de tropas da WIC para descrever enfermos e impossibilitados de prestar serviço. Também foram empregadas variações como “incapaz de trabalhar”, “incapaz” ou simplesmente “doentes” (Inventário 49, 1630-1632, documento 138E; Inventário 50, 1633-1635, documento 100; Inventário 54, 1639, documento 13; Inventário 12564.20, 1647-1648, documento 15; Inventário 12564.29, 1649-1650, documentos 5, 6; Inventário 12564.33, 1649-1651, documento 17; Inventário 12564.34, 1649-1651, documentos 12, 85). Todos esses termos são vagos, e normalmente as listagens não contêm informações específicas sobre a incapacidade. Todavia, os números de baixas registrados nos levantamentos feitos para saber qual era a força disponível a ser mobilizada mostram o quanto o exército foi afetado por doenças, além das baixas resultantes de ferimentos e de morte em confrontos.

Quando a frota da WIC chegou à costa de Pernambuco, em janeiro de 1630, ela já apresentava baixa de cerca de 33,85% de seus homens. Dos 3.780 marinheiros e 3.500 soldados enviados, ainda estavam disponíveis para o ataque, por não terem sido acometidos por enfermidades, cerca de 2.515 marinheiros e 2.300 soldados (Laet, 1916, p.222-232). Ou seja, apenas 66,15% do efetivo enviado podia participar da invasão. Em fins de fevereiro de 1630, quando ainda tentava conquistar o Recife, o comandante do exército, coronel Diederick van Waerdenburgh, não possuía mais de dois mil homens “em bom estado de saúde” a sua disposição, do montante original de 3.500 soldados despachados em 1629. Naquele momento, havia no exército cerca de 550 homens mortos nas operações de conquista e

por doenças no trajeto e após a chegada, além de outros 896 militares que jaziam doentes, o que representava aproximadamente baixa total de 41,31% do pessoal enviado, entre temporariamente inutilizados e mortos, sem computar os mutilados (Missiva..., 1945d). Os números, porém, flutuavam, e apenas alguns dias depois o coronel declarou que não podia contar com 2.500 homens saudáveis, devido às muitas mortes, doenças e ferimentos. Ademais, ele esperava que suas tropas diminuíssem diariamente (Inventário 49, 1630-1632, documento 3). Waerdenburgh recebeu reforço de 665 militares. No entanto, 200 deles (30,07%) chegaram doentes a Pernambuco (Missiva..., 1945c). A chegada de reforços elevou o número de homens, mas as baixas por doença acabaram retirando de combate cerca de 16,66% das tropas em julho e 11,42% em dezembro, quando o exército reunia, respectivamente, 3.600 e 3.500 homens (Missiva..., 1945b, 1945a). É quase certo que as doenças que atingiram a tropa nesses primeiros meses de atividade tenham sido parcialmente decorrentes da longa jornada da Europa para Pernambuco, sem incluir os períodos de espera antes de zarpar dos portos das Províncias Unidas. Além da aglomeração nas embarcações, o que ampliava a propagação de vírus entre os homens, era corrente a falta de água e de alimentos frescos nas viagens. Em terra e cercados pelos adversários, as condições da soldadesca não seriam muito alteradas. Recife, onde estava o grosso da tropa em 1631, não oferecia água potável de qualidade, e os pomares nas vizinhanças da povoação eram bem protegidos pelos inimigos.

No decorrer dos anos iniciais, as baixas por doenças continuaram a impor fortes entraves ao avanço da WIC e também, é claro, do movimento local de resistência. À medida que a oposição à WIC foi sendo quebrada, em 1632 e 1633, e que mais territórios foram conquistados, o número de baixas por doença diminuiu em comparação aos primeiros meses de 1630. Essa queda estava possivelmente relacionada com o acesso crescente das tropas às áreas produtoras das regiões recém-conquistadas e a conseqüente melhoria na alimentação. Embora arrefecidas, as baixas por enfermidades continuaram, até o fim da ocupação, a alcançar níveis superiores a 10%, a exemplo dos percentuais de baixa por doença ou incapacidade de 1634 (26,04%), 1635 (20,14%), 1639 (13,08%), 1649 (10,22%), 1650 (10,48%) e 1651 (18,42%) (Códice 2, 12 ago. 1634; Inventário 50, 1633-1635, documento 100; Inventário 54, 1639, documento 13; Inventário 12564.29, 1649-1650, documentos 5, 6; Inventário 12564.33, 1649-1651, documento 17).

Ainda sobre as taxas de baixas, vale mencionar o que Hendrik Haecxs, do Alto Conselho do Brasil, mencionou quando discutia nos Estados Gerais a respeito da composição da frota a ser enviada para conter os moradores rebelados em 1645. Para Haecxs (1950, p.92), "ordinariamente se deve calcular que a terça parte [da tropa] não pode prestar serviços". Embora fosse uma taxa elevada, já que incluía baixas por deserção e morte, demonstra o quanto a WIC podia e esperava perder devido a baixas decorrentes, em parte, por enfermidades. Em 1635, em Antônio Vaz, quando a WIC ainda lutava para ampliar seu território, mas já tinha acesso parcial aos alimentos da terra, o comandante Sigismund von Schoppe mencionava um número de baixas não tão discrepante. Em cada companhia havia entre vinte e trinta doentes, além dos muitos feridos (Inventário 50, 1633-1635, documento 69). Listagem coeva indica que um bom número delas – 10 de 23 – apresentou um volume de baixas por doença similar ao mencionado por Schoppe, o que demonstra a grande quantidade de gente fora do serviço. Entre os mais acentuados números de baixas, pode-se observar que a guarnição de

Schoppe tinha 114 homens saudáveis e 24 doentes, isto é, 17,39% de baixas. Algumas das companhias de Antônio Vaz apresentavam percentuais negativos ainda mais elevados, como as companhias do capitão Maulpas, que possuía 24,34% de seu efetivo doente, e a do capitão Christiaens, com baixa de 20,16%. As companhias estacionadas nos fortes Waerdenburgh e Amelia revelavam baixas de 21,87% e 22,13% (Mello, 2000, p.106-107).

Parte dos doentes e dos feridos podia deixar efetivamente de trabalhar, sendo, portanto, enviada de volta à Europa. Em 1631, 62 militares foram mandados para casa por não ser possível curá-los de suas enfermidades ou por conta de mutilações (Inventário 49, 1630-1632, documentos 138A, 138B). No ano seguinte, 120 militares voltaram à Europa sob a justificativa de que eram “incuráveis” (Inventário 49, 1630-1632, documento 186). Em março de 1637, com o território relativamente estabilizado, 148 doentes e incapazes partiram para casa, e no dia 16 de abril, 120 “mutilados e incapazes” tiveram que ir ao Recife para serem avaliados (Inventário 68, 1635-1641, documentos de 18 mar. 1637, 16 abr. 1637). No dia 22, uma listagem indicou a partida de 130 pessoas, entre funcionários civis e militares. Todos estavam doentes, feridos e incapacitados (Inventário 68, 1635-1641, documento de 22 abr. 1637). Tais envios também evidenciam a limitação dos tratamentos médicos administrados, embora o problema não fosse exclusivo da WIC ou de qualquer outra força do período.

Às vezes, o impacto negativo causado pelas doenças era sentido no campo de batalha, o que se mostrava ainda mais danoso para as operações. Em 1637, na ofensiva da WIC no sul de Alagoas, os comandados de Johan Maurits van Nassau-Siegen tiveram seu avanço obstruído por conta de sérios problemas logísticos, do clima e da disenteria (Wätjen, 2004, p.147). No ano seguinte, durante o cerco a Salvador, “nenhum morticínio” devastou mais o exército do que o fluxo sanguíneo (disenteria bacilar). Com cerca de dois mil homens atingidos pela epidemia, as tropas acabaram por se retirar (Piso, 1957, p.112-113). Anos mais tarde, em 1648, com a situação militar da WIC completamente desfavorável em decorrência da guerra contra os luso-brasileiros, uma força de 650 homens comandada pelo coronel Guillaume de Hauthain teve cerca de 160 homens reembarcados de Alagoas para o Recife em decorrência de doenças não especificadas (Guerra, 1979, p.474).

Por sua vez, os grandes confrontos armados, mesmo acontecendo em momentos muito espaçados, também infligiram pesadas baixas. Embora as batalhas de grande envergadura não tenham afetado as tropas continuamente como fizeram as doenças, elas foram muito custosas, em especial se forem tomados em consideração os números de baixa por morte em proporção ao tempo que levaram para retirar os militares do serviço. Duas das maiores pelepas campais travadas pela WIC, as batalhas dos Guararapes, constituem exemplos extremos: no primeiro confronto, em abril de 1648, 4.500 militares foram levantados para fazer frente à tropa rebelde. Esse ajuntamento perdeu 501 homens por morte e outros 556 foram feridos, o que resultou numa perda de 23,48% em apenas algumas horas de batalha. Se forem considerados os possíveis desertores e extraviados, as baixas sobem para 1.500 homens, o que eleva o percentual para 33,33% (Inventário 12564.20, 1647-1648, documento 3). Em fevereiro de 1649, novas perdas pesadas foram observadas entre as tropas. Dos 3.510 homens postos em combate, 1.046 sofreram casualidades, isto é, 29,80% do número total de tropas designadas para o enfrentamento (Inventário 65, 1649, documentos 12, 22-27). Não estão sendo dimensionados os que morriam em decorrência dos ferimentos, o que certamente

elevaria as baixas. Mas batalhas dessa envergadura não aconteciam com a frequência das contínuas escaramuças que caracterizaram os anos iniciais e finais de ocupação. Logo após a tomada de Olinda e Recife, em 1630, ataques frequentes de guerrilheiros ceifaram do exército cerca de 500 homens, de uma força aproximada de quatro mil (Guerra, 1979, p.473).

A observação desses exemplos confirma o padrão percebido por Francisco Guerra (1979) nas baixas das tropas. Para ele, até o armistício com Portugal, de 1641, poucas foram as vítimas oriundas de guerra regular. A guerrilha, por sua vez, ocasionou números consideráveis de casualidades, embora seja difícil estabelecer números com segurança. Entretanto, foram as enfermidades as responsáveis pelas mais elevadas taxas de baixa durante os anos de ocupação. Os motivos que levaram a tropa a sofrer tanto com doenças estão relacionados com os regulares problemas de abastecimento – que resultavam em precária situação alimentar da soldadesca e na falta de medicamentos –, às precárias condições de higiene dominantes e à incapacidade de médicos, cirurgiões e barbeiros de lidar com algumas doenças (Mello, 1998, p.254-259; Mello, 2001, p.132-133; Wätjen, 2004, p.106, 126). Uma análise das doenças identificadas entre a tropa demonstra também que a maior parte delas era de doenças comuns tanto na América quanto na Europa. Isso quer dizer que as suposições de não adaptação dos homens da Europa do norte e daqueles provenientes da península ibérica e de Nápoles – estes a serviço de Castela contra a WIC – aos trópicos devem ser vistas com cautela. Bexigas, febres locais e outras “doenças da terra”, nem sempre identificadas, causaram seu impacto negativo à atividade da WIC e também em seus oponentes ibero-napolitanos, mas não estavam sós no rol das enfermidades que entravavam os exércitos, conforme veremos adiante.

### **Doenças entre as tropas da WIC**

Quando Willem Piso, médico pessoal de Nassau, escreveu a respeito “da natureza e cura das doenças familiares à Índia Ocidental”, ele destacou entre as muitas doenças que afligiam o exército o fluxo sanguíneo (Piso, 1957, p.112-113). Essa era moléstia tão conhecida na Europa quanto outras enfermidades comumente registradas como causa de problemas entre os soldados: o escorbuto e a cegueira. Longe de ser típicas doenças tropicais, todas essas enfermidades eram relacionadas, de um lado, com a insalubridade das instalações nas quais a soldadesca residia e, de outro, com o enfraquecimento provocado por má nutrição e privações características da vida militar. Elas não foram, no entanto, as únicas doenças que assolaram as tropas, embora tenham sido responsáveis por muitas baixas. Bexigas, hidropisia, sífilis e tuberculose também ceifaram militares ao longo dos anos de ocupação.

Entre as doenças relacionadas com as deficiências na dieta duas figuram com grande frequência na documentação: o escorbuto e a cegueira, tanto a diurna quanto a noturna (Guerra, 1979, p.489-490). Referências ao escorbuto foram comuns principalmente nos diários de bordo de embarcações e nos primeiros anos de ocupação (1630-1633), quando as tropas dependiam quase exclusivamente do envio de provisões da Europa. Cartas dos primeiros anos de conquista estão cheias de menções à doença (Mello, 2001, p.45-47). Longos períodos sem a ingestão de frutas e legumes frescos influenciavam diretamente seu desenvolvimento. O escorbuto se manifestava com a paralisia, a inflamação da gengiva, a queda dos dentes e os desmaios. Esses sintomas eram agravados pela falta de água. Portanto, era muito comum que

militares e marinheiros desenvolvessem a enfermidade no trajeto de ida ou no retorno para a Europa, visto ser a falta de víveres frescos algo corriqueiro nas longas viagens marítimas do período. As condições de existência dos homens no período pré-embarque também podiam ser decisivas no desenvolvimento do achaque. Períodos prolongados de espera em alojamentos insalubres ou mesmo nas embarcações contribuíram para que muitos dos militares já embarcassem doentes ou debilitados (Boxer, 1977, p.82; Bruijn, Lucassen, 1980, p.85-86; Ketting, 2002, p.92-93).

De acordo com Haecxs (1950, p.121-123), muitos integrantes da frota de socorro enviada para combater os rebeldes luso-brasileiros em 1647 esperaram abarrotados nas embarcações, sob um “frio extremo”, por várias semanas até o embarque. Por causa dessas condições de pré-embarque, não é de estranhar que vários meses antes de chegar a Pernambuco, em 1629, o soldado Ambrosius Richshoffer tenha referido que os capitães das embarcações que transportavam as tropas para Pernambuco tenham decidido seguir para as ilhas Canárias em virtude de muitos tripulantes se encontrarem doentes e atacados pelo escorbuto (Richshoffer, 1930, p.15, 36). Naquele ano, o general da expedição de ataque a Pernambuco, Hendrick Corneliszoon Lonck, em declaração semelhante, falava que parte da sua equipagem estava afetada pelo escorbuto e por outras doenças (Missiva..., 1945e).

Como as áreas conquistadas ficaram privadas de víveres frescos durante boa parte dos anos iniciais de ocupação, diariamente muita gente era acometida pela doença, conforme indicou Waerdenburgh em julho de 1630, decorridos cinco meses desde o desembarque das tropas. Para uma ideia do quanto a enfermidade afetava a tropa, deve-se mencionar que, dos 600 doentes, 150 sofriam com o escorbuto (Inventário 49, 1630-1632, documento 17). Em dezembro, queixando-se aos Estados Gerais sobre a falta de homens, Waerdenburgh alegou: “Tenho aqui 3.500 no máximo, e destes mais de 400 têm escorbuto” (Missiva..., 1945a).

A tendência é que os casos de desenvolvimento do escorbuto tenham diminuído à medida que a WIC passou a conquistar mais territórios e, portanto, a ter acesso a víveres frescos, o que ocorreu a partir de 1633. Mas as tropas continuaram sujeitas ao problema durante as viagens marítimas, em amplos períodos de cerco ou de crise de abastecimento, algo de certa forma rotineiro em todos os anos de ocupação. Todavia, é necessário ter cautela no diagnóstico de escorbuto encontrado na documentação e reproduzido na historiografia, bem como na determinação de qualquer outra doença do passado (Bray, 1996, p.14, 91, 108, 194; Lindemann, 2010, p.31-32, 79-83). Isso porque “escorbuto”, geralmente associado à doença acarretada pela falta de alimentos frescos e que se manifestava por tumores e sangramento da gengiva, era um termo empregado nos Países Baixos tanto para “peste” quanto para outros tipos de enfermidades causadas por avitaminose (Bruijn, Lucassen, 1980, p.81; Graaf, 2002, p.67).

Em suas observações sobre as doenças “familiares” aos habitantes das possessões meridionais, Piso destacou as “doenças dos olhos” que causavam a perda da visão (Piso, 1957, p.89). A cegueira chegou a ser um problema tão corriqueiro, que até havia sido incluída entre as indenizações estipuladas pela WIC, de forma a recompensar financeiramente os militares que sofressem mutilações ou outros achaques durante o serviço. O problema, longe de ser algo endêmico, era decorrente de dieta deficitária, especificamente carente de vitamina A, presente em algumas leguminosas, frutas e alimentos como leite, ovo e peixe (Articul-Brief,

1640, artigo 44; Guerra, 1979, p.489-490). Durante o ataque ao forte Cabedelo, na Paraíba, em 1632, 40 soldados foram afetados pela doença, conforme informou Waerdenburgh aos Senhores XIX (Inventário 49, 1630-1632, documento 97A). Em outubro de 1630, 120 soldados, especialmente os que não podiam mais enxergar durante a noite, foram enviados de volta à Europa (Richshoffer, 1930, p.64).

Com densas concentrações de pessoal em acampamentos, hospitais, navios e quartéis, os exércitos ofereciam condições ideais para a transmissão de doenças de grupo, como tifo e catapora, além das doenças associadas à higiene precária, como febre tifoide e disenteria. A dieta deficitária e a distribuição de alimentos corrompidos também contribuíam para a disseminação de moléstias. Os navios, por exemplo, eram ambientes especialmente nocivos e sujeitos à dispersão de enfermidades, haja vista a usual grande quantidade de gente em espaços confinados, bem como a falta de água potável e de comida em bom estado de conservação (Boxer, 1977, p.76-77; Bruijn, Lucassen, 1980, p.83-87; Parker, Parker, 2000, p.60; Tallett, 1992, p.106-107). Para evitar surtos epidêmicos, eram feitas recomendações para a manutenção da boa ordem e limpeza das instalações dos navios. O título nove da carta-artigo da WIC, “Sobre doentes, barbeiros e afins”, dedica dois artigos à limpeza (Articul-Brief, 1640). O artigo 89 diz, por exemplo, que o quartel-mestre, encarregado da intendência, deveria limpar o navio todas as manhãs, por dentro e por fora. O artigo subsequente informa ainda que não era permitido a ninguém defecar ou urinar dentro do navio, exceto no local indicado; do contrário seriam punidos pecuniariamente (Articul-Brief, 1640, artigos 89, 90). Essas especificações provavelmente não eram cumpridas com regularidade. É o que indica Haecxs (1950) em seu diário, quando relatou os preparativos da frota de socorro de 1647. De acordo com ele, a sujeira e a fedentina das naves eram tão grandes, que foram dadas ordens a todos os comandantes e oficiais para mandar lavar os navios “de três em três dias, purificando-os com um pouco de vinagre” (p.121-123). Haecxs comenta ainda que por conta da negligência na limpeza advinham doenças e males que já haviam causado a morte de muitos homens. Fonte de queixas de Haecxs e de todos os oficiais de navios, o péssimo estado dos alojamentos, a água ruim, o alimento fétido e a aglomeração de gente também foram decisivos na deterioração das condições de higiene nas embarcações.

Esse tipo de ambiente era ideal para a propagação da disenteria, moléstia tão corriqueira entre os soldados estacionados na Europa, que era conhecida por “febre de acampamento” (Ketting, 2002, p.93; Parker, Parker, 2000, p.60). Causada por condições sanitárias ruins, falta de água potável e alimentos corrompidos, a doença incidiu principalmente nos acampamentos, nas fortificações, na cidade e nos navios, locais que em geral eram densamente habitados. Alguns casos entre a gente da WIC foram relatados por Piso (1957, p.96-114) como endêmicos – com característica de disenteria parasitária – ou epidêmicos – com fluxo sanguíneo, que para Francisco Guerra (1979, p.478) era sem dúvida de origem bacilar.

Doenças não endêmicas, as disenterias sanguíneas, chamadas de *rood loope* em certa carta de 1630, *root melesoen* em outra de 1646 e de *ventris fluxus* por Piso, mataram um número enorme de soldados, empregados civis e particulares (Mello, 2001, p.133). Vários foram os registros dos danos ocasionados pela doença ao longo dos anos de ocupação, a exemplo da epidemia que atingiu cerca de dois mil militares participantes do assédio a Salvador em 1638 e do entrave causado às tropas de Nassau que avançavam contra o exército do conde

de Bagnuoli em 1637 (Piso, 1957, p.112-113; Wätjen, 2004, p.147). As baixas provocadas pela doença remontam aos primeiros meses de ocupação do território. Em julho de 1630, Waerdenburgh queixava-se de que a maior parte dos 600 doentes do exército estava acometida com disenteria sangrenta, e alguns meses antes, o tenente-coronel Van Els afirmava que 1/3 da tropa se encontrava doente, sofrendo a maioria de fluxo sanguíneo (Inventário 49, 1630-1632, documentos 4, 17).

Algumas das já mencionadas listas de pessoal enviado de volta à Europa também trazem informações sobre outras enfermidades que acometeram os militares. Todavia, o desconhecimento de muitas doenças gerava diagnósticos vagos como “doença incurável”, “doença prolongada” ou, mais frequentemente, “incapacitado por doença”. Por vezes foram citados os sintomas da enfermidade nos militares, a exemplo da “contração dos nervos”, da “rigidez dos membros”, da “paralisia” ou a “queda” ao chão – literalmente “doença da queda”. O último sintoma era utilizado para nomear a epilepsia (Temkin, 1994, p.85-86). Enfermidades não endêmicas reconhecidas também foram registradas, como no caso da hidropisia e da tuberculose, cujo desenvolvimento Piso creditava ao “estilo de vida” dos marujos (Inventário 49, 1630-1632, documentos 138A, 138B, 219; Bontius, Markgraef, Piso, 1694, p.210-213). Tal assertiva remete a outros dois problemas associados ao tipo de vida dos militares e marujos: a sífilis e o alcoolismo.

A primeira era velha conhecida dos militares dos diversos exércitos europeus. No Recife, os seus principais portadores e propagadores eram os soldados e as meretrizes que trabalhavam nas adjacências do porto (Wätjen, 2004, p.394). Piso (1957), que tratou muitos casos dessa enfermidade entre os militares, também observou uma doença de sintomas semelhantes, que chamou de “Lues Índica”. De acordo com ele, essa doença era transmitida através do “coito” ou “por mal hereditário” de pais a filhos e fazia “devastações não só entre os africanos e americanos, como também entre os lusitanos e flamengos” (p.118). Em relação à segunda, sabe-se que Piso também apontou os problemas causados pelo consumo excessivo de bebidas alcoólicas nos trópicos e reportou ter encontrado diversos casos de cirrose no fígado em exames pós-morte (Guerra, 1979, p.476). São conhecidas as exposições queixosas do governo e do Conselho da Igreja contra “escândalos públicos” acarretados por embriaguez de civis e militares. As admoestações também eram direcionadas para impedir o elevado consumo de vinho e “bebidas espirituosas” que “a gente de menores recursos consumia nos botequins e albergues da cidade” (Wätjen, 2004, p.396). Mas o problema não atingia apenas os mais pobres. Esse “pecado afetou alguns pastores e autoridades civis” e era continuamente combatido pela Igreja Reformada, conquanto as reprimendas tenham obtido pouco sucesso (Schalkwijk, 1998, p.51).

Além das enfermidades não endêmicas ocasionadas por problemas alimentares, pela falta de higiene ou decorrentes do “estilo de vida”, outros tipos de doenças locais mostravam-se danosos aos militares, como certa febre que atacou militares europeus e indígenas em São Tomé, cujas características lembram a febre amarela (Guerra, 1979, p.477). Para B.N. Teensma (2009, p.172-174), a febre que vitimou o pessoal da WIC na ínsula africana foi a malária, referida na documentação como “doença da terra”. Essa “moléstia do país” também acometeu Nassau e foi responsável pela morte de muitos militares estacionados no interior das capitâneas ocupadas, principalmente nas áreas “pantanosas”, onde o mosquito transmissor da doença

encontrava condições adequadas para sua reprodução (Mello, 2001, p.49). Possivelmente teria sido essa “doença da terra” que afetou a tropa da WIC estacionada em Afogados, conforme escreveu o conselheiro político Servaes Carpentier, em 1634. Ele relatou que lá “grassou de tal modo a doença”, que eles tiveram que mudar a guarnição por três vezes. Uma companhia de 150 homens foi reduzida, em menos de um mês, a sessenta (Inventário 50, 1633-1635, documento 61).

Pouco mais de um ano depois, o coronel Arciszewski, envolvido no assédio ao Arraial do Bom Jesus durante a estação chuvosa, informou que ele, seus oficiais e soldados haviam sentido os efeitos das chuvas torrenciais. Muitos homens adoeceram e outros se fizeram de doentes para fugir (Inventário 68, 1635-1641, documento de 12 maio 1635). Ainda durante o cerco ao forte, um mestre de equipamentos de uma das tropas envolvidas nas pelepas relatou aos conselheiros políticos o incômodo das tropas com a chuva diária. Ele falava da necessidade de transferir o alojamento dos militares para lugar mais elevado, certamente porque o local em que os militares estacionaram estava sendo inundado e os homens estavam adoecendo (Inventário 68, 1635-1641, documento de 16 maio 1635). Não se sabe, todavia, se os militares padeciam de malária. Em junho de 1641, a “doença da terra” atacou os militares tão seriamente, que muitos foram enviados para tratamento com um médico português no interior, acostumado a tratar das vítimas do achaque. No ano seguinte, soldados acometidos pela doença foram encaminhados para certo “cirurgião português” (Inventário 69, 1641-1643, documentos de 28 jun. 1641, 2 abr. 1642, 19 abr. 1642).

A despeito dos relatos, números concretos de militares vitimados por malária ou febre amarela no Nordeste do Brasil são praticamente desconhecidos. Embora não tenha mostrado qualquer dado quantitativo, McNeill (2010, p.96) diz que a enfermidade dificultou a vida dos invasores, mas não o suficiente para impedir seu progresso militar. Ele rebateu a afirmação de Guerra (1979, p.478) de que a malária não foi proeminente no Nordeste do Brasil. Episódios como os de abril de 1634, junho de 1641 e abril de 1642 podem dar validade à crítica de McNeill, caso essa “doença da terra”, definida por ele como malária, tenha afetado as tropas. Para Guerra, a “doença da terra” era a febre amarela. No entanto, a ausência de informações precisas sobre a “doença da terra” que abateu os soldados impossibilita saber quem está correto nesse debate, até porque nenhum dos autores supracitados forneceu elementos documentais suficientes para provar seus posicionamentos. Como mencionado, confusões na denominação de doenças do passado são comuns, assim como o uso de termos semelhantes para doenças diferentes, mas de sintomas parecidos. Ainda no que se refere ao problema, percebe-se que ele incidiu sobre a tropa durante o início de seu processo de interiorização no território, verificado a partir de 1634 e 1635, anos em que a WIC derrotou os últimos focos de resistência local na Paraíba e nas várzeas do Capibaribe.

Também são conhecidas outras doenças e parasitas que causaram danos diversos aos militares. As epidemias de varíola e bexiga que vitimaram muitos indígenas e escravos em 1642 e 1643 (Inventário 69, 1641-1643, documentos de 16 jan. 1642, 6 fev. 1642, 7 fev. 1642, 4 dez. 1642, 5 mar. 1643, 13 mar. 1643) podem também ter ceifado alguns dos militares. Problemas decorrentes da tripanossomíase, endêmica em terras americanas muito antes da colonização europeia, foram descritos por Piso, tendo ele mesmo sido infectado (Guerra,

1979, p.478). No entanto, as moléstias não precisavam ser totalmente debilitantes para tirar soldados do serviço. Problemas nos pés de militares em campanha ao sul de Pernambuco, em outubro de 1635, foram suficientes para inutilizar 200 homens, conforme apontou o governador Schoppe. O comandante reportou que os militares tiveram seus pés comidos por “bichos” (Inventário 68, 1635-1641, documento de 29 out. 1635). Talvez o governador estivesse se referindo ao ataque do *Tunga penetrans*, o popular bicho-do-pé, que acometeu militares que transitavam descalços no território (Piso, 1957, p.601-602).

Apesar das várias referências compulsadas sobre as doenças locais e achaques comuns nos dois continentes, é difícil precisar quais delas mais afetavam a tropa. Isso porque muitas vezes não era feito um diagnóstico preciso. Para os burocratas e comandantes que registravam as baixas nos arrolamentos, nem sempre era importante ou possível esclarecer os tipos. Eles precisavam apenas registrar que tinham menos homens em suas formações e, portanto, saber a quantidade necessária para reposição. Entretanto, a constância de referências às enfermidades não endêmicas na documentação da WIC nos permite supor que elas tiveram papel mais acentuado nas baixas. No que se refere aos períodos em que mais afetaram a tropa, pode-se dizer que as menções às moléstias não endêmicas foram comuns ao longo de todos os anos. Dessas doenças, as causadas por avitaminose aparecem registradas com mais frequência nas fases de conquista (1630-1633) e cerco (1645-1654), momentos de comida escassa e impossibilidade de obtenção de itens locais, enquanto as “doenças da terra” são registradas com a interiorização no território (1634-1644). Todavia, a documentação não nos permite ir muito além.

### **Assistência aos doentes**

Em abril de 1639, após um ano e meio sem notícias de Stephan Carl Behaim, que desembarcou em Pernambuco em 1636, seus familiares escreveram ao homem responsável por seu recrutamento na WIC. Eles souberam por ele que um conhecido de Behaim o havia visto pela última vez em novembro de 1637, em um forte em Alagoas. De acordo com o relato desse contato, chamado Caspar Stör, Behaim tornara-se um homem arruinado. Stör o viu sujo e febril, usando um casaco esfarrapado e andando sem meias e sapatos. Um dedo purulento, parcialmente podre e prestes a cair de seu pé, causava-lhe dor constante. Ele tentou admoestar Behaim a se lavar e a cuidar de si próprio, mas Stephan perdeu o entusiasmo. Logo depois, ele foi transferido do forte em São Francisco para um hospital do Recife, onde Stör prometeu-lhe fazer em pouco tempo uma visita. Mais de 14 meses se passaram antes que Stör cumprisse a promessa. Naquele tempo, ele descobriu que Behaim havia morrido um ano antes por causa de envenenamento sanguíneo, apenas dois meses depois de tê-lo visto no forte. De acordo com Stör, as condições do hospital eram tais, que até um homem saudável não poderia sobreviver lá por muito tempo (Ozment, 1990, p.283).

O drama pessoal do soldado Behaim narrado por Stör serve para mostrar alguns dos problemas enfrentados por muitos dos militares que adoeciam, a exemplo da qualidade ruim do serviço médico oferecido pela WIC e da ausência de instalações para o cuidado dos que serviam nas guarnições mais afastadas do Recife. Além dessas dificuldades, a falta de pessoal médico, a insuficiência de fundos e outras carências parecem ter sido constantes. Os próximos

parágrafos serão dedicados a tratar dessas matérias, além de dissertar sobre os tratamentos médicos oferecidos por funcionários da WIC.

O traslado de Behaim do forte em São Francisco para o Recife, onde a WIC detinha um hospital, foi um deslocamento comum entre militares enfermos ou feridos nas várias partes da conquista, pois a WIC não levantava hospitais de campanha nem dispunha de pessoal suficiente para atender a todos os militares estacionados nas diversas guarnições espalhadas pelo território. Algumas dessas transferências foram registradas em atas do governo da WIC, a exemplo do transporte de homens de guerra feridos e doentes durante campanhas militares em paragens ao sul de Pernambuco, em diferentes momentos (Inventário 68, 1635-1641, documentos de 21 maio 1636, 1 dez. 1637, 29 maio 1638, 28 set. 1640). Apesar de a WIC não montar hospitais de campanha, consoladores de doentes, barbeiros, cirurgiões e médicos, além do trabalho fixo que exerciam nas guarnições e hospitais, podiam acompanhar os militares em suas investidas (Inventário 49, 1630-1632, documento 138E; Inventário 68, 1635-1641, documento de 16 abr. 1637; Inventário 53, 1638, documento 146; Inventário 69, 1641-1643, documentos de 17 out. 1641, 30 dez. 1641, 2 abr. 1642, 28 ago. 1642).

Listagens datadas de 1631, 1638 e 1642 permitem conhecer alguns dos locais de atuação dos funcionários encarregados de tratar da saúde dos militares e, não menos importante, a quantidade de funcionários empregados para atendimento médico da tropa. É importante mencionar ainda que aos militares não era reservado hospital exclusivo.

Antes de avançar na questão da equipe médica da WIC, é necessário explicar as atribuições desses funcionários: funcionários não ordenados da Igreja, os consoladores de enfermos tinham inicialmente, nos Países Baixos do século XVI, um trabalho ligado aos doentes, mas no Brasil observou-se que suas funções foram ampliadas, o que se credita à falta de pessoal para atender aos enfermos. Além do auxílio espiritual feito em hospitais, eles trabalharam nas embarcações, nos fortes e nos campos de batalha, ajudando também pobres, órfãos, moribundos com seus últimos pedidos e cuidando dos condenados em suas últimas horas (Niet, 2006, p.39-41). Outras duas funções continuamente mencionadas foram as de barbeiro e cirurgião. Nos Países Baixos, Inglaterra e França do século XVII, eles eram formados através de um sistema de guildas que não envolvia muito treinamento formal. Apesar de suas inabilidades em tratar muitas das doenças, eles incorporavam práticas locais de cura no tratamento de doentes. Não podiam fazer muito contra epidemias, exceto prescrever repouso, recomendar melhoria na dieta e torcer pela recuperação do enfermo. Suas atividades estavam mais direcionadas para pequenas cirurgias. Faziam suturas, prescreviam medicamentos, realizavam amputações e sangravam seus pacientes (Bruijn, Lucassen, 1980, p.25; Snelders, 2005, p.2933-2935).

No arrolamento das forças de todas as companhias encontradas na chamada feita em outubro de 1631, quando a WIC encontrava-se limitada a Recife, Olinda, Antônio Vaz e no forte Orange em Itamaracá, foi registrado o total de sete pessoas designadas como “cirurgião e ajudante” – sem especificações quantitativas individuais – e outras cinco trabalhando com Servaes Carpentier, médico graduado de Utrecht, assim como seu irmão farmacêutico, Gerard (Inventário 49, 1630-1632, documento 138E).

De acordo com a lista dos salários semanais e dos víveres distribuídos aos empregados da WIC em 1638, no Recife trabalhavam o mestre Abraham Duurcoop e mais um cirurgião-chefe

com outras cinco pessoas, um farmacêutico e dois consoladores de enfermos. No hospital, dois barbeiros eram supervisionados por uma espécie de diretor da casa de saúde, enquanto em Antônio Vaz atuavam três barbeiros. Nos fortes Bruijn e Prins Willem serviam, respectivamente, um barbeiro-chefe com um ajudante e um barbeiro e três aprendizes de barbeiro. No sul de Pernambuco, as guarnições de Sirinhaém e do Cabo de Santo Agostinho eram servidas por dois barbeiros, embora a última contasse com o apoio de dois consoladores de doentes. Ao norte de Pernambuco, cada uma das guarnições de Goiana e do forte Orange tinha um barbeiro a serviço, enquanto a vila Schoppe, onde havia outro hospital, era local de trabalho para três aprendizes de barbeiro e um consolador de enfermos, todos coordenados por um diretor. Mais ao norte, Frederickstadt – na Paraíba – também contava com um hospital. Lá o administrador tinha a sua disposição um barbeiro e um consolador de enfermos (Inventário 53, 1638, documento 146).

Por fim, um extrato que lista o pessoal auxiliar em 1642 fornece mais uma visualização do tamanho e local de serviço da equipe médica da colônia. No ponto mais austral de atuação das forças da WIC, em Sergipe, trabalhavam junto às tropas um cirurgião e seu auxiliar, mais um consolador de doentes. Tanto Alagoas como Porto Calvo tinham destacados um cirurgião e um consolador, enquanto Una e Sirinhaém contavam com um barbeiro cada. A área de Ipojuca era servida de um consolador de doentes, da mesma forma que o Cabo de Santo Agostinho, onde também serviam um barbeiro e um cirurgião. Aproximando-se do Recife, os fortes Prins Willem, Vijfhoek e Ernestus dispunham cada um dos serviços de um barbeiro. A ilha de Antônio Vaz também era servida de um desses empregados. No Recife e nas guarnições dos fortes circunvizinhos trabalhavam farmacêuticos, barbeiros e consoladores de doentes, além do médico pessoal de Nassau, Piso, e do mestre Duurcoop, ambos atendendo no hospital. Ao norte, Itamaracá e Igarassu eram locais de pouso de dois consoladores de doentes, enquanto apenas um cirurgião prestava serviços a Frederickstadt e aos fortes da barra do rio Paraíba. No Rio Grande, um barbeiro atuava no forte Ceulen (Inventário 69, 1641-1643, documento de 28 ago. 1642).

Comparado com o número total de homens a serviço da WIC no Brasil, essa equipe médica era insuficiente para atender aos militares. Nos meses de outubro de 1631 e de julho de 1638, por exemplo, os contingentes do exército eram respectivamente de 3.819 e 2.728 militares, sem contar com funcionários civis e marujos estabelecidos no porto ou em trabalho nas frotas, enquanto o pessoal destinado a cuidar de enfermos e feridos abrangia 12 pessoas em 1631 e 36 em 1638, incluindo na contagem os administradores de hospital e os consoladores de enfermos, que a princípio não cuidavam dos doentes. Tais cifras podem indicar que a WIC tinha dificuldades em acolher possíveis pacientes, especialmente em períodos de contínuas operações militares, pois às quantidades regulares de gente enferma eram somadas as vítimas de ferimentos (Inventário 49, 1630-1632, documento 138E; Inventário 53, 1638, documento 114; Inventário 57, 1642, documento 38). A carência de pessoal não foi percebida apenas nas listas supracitadas, mas diretamente referida em queixas feitas por funcionários, como a de julho de 1630, na qual os conselheiros políticos Pieter van der Hagen e Pieter de Vroe, em carta endereçada aos Senhores XIX, aludem à insuficiência de cirurgiões para o cuidado dos doentes (Inventário 49, 1630-1632, documento 19). O problema podia levar ainda à utilização de um único empregado em dois locais de trabalho, como aconteceu em 1642 com

o cirurgião do hospital no Recife, designado para servir também no forte Bruijn (Inventário 69, 1641-1643, documento de 2 abr. 1642).

Mas a escassez de cirurgiões e barbeiros não era o único problema das casas de saúde da WIC. Outras carências foram apontadas durante vários momentos da ocupação. Em 1637, por exemplo, faltaram leitos no hospital do Recife para receber os doentes e feridos oriundos das campanhas militares do sul de Pernambuco, e, em 1642, muitos soldados estiveram, quando acometidos provavelmente por malária, alojados em um velho armazém no Recife por falta de lugares livres no hospital (Inventário 68, 1635-1641, documento de 2 mar. 1637; Inventário 69, 1641-1643, documento de 2 abr. 1642). O Recife continuou aparentemente incapacitado para receber grandes quantidades de doentes. Em 1647, a superlotação do hospital do Recife acabou interferindo no funcionamento da casa de saúde da Paraíba, que terminou por receber “dez, vinte e até trinta doentes” provenientes do Recife (Schalkwijk, 1993). A escassez de comida, de medicamentos e de outros materiais para o cuidado dos doentes também esteve rotineiramente na pauta de reclamação de funcionários da WIC ou dos administradores dos hospitais (Inventário 49, 1630-1632, documento 19; Inventário 68, 1635-1641, documentos de 18 mar. 1636, 23 fev. 1638; Wätjen, 2004, p.393). Destaque deve ser dado para a grande carência de medicamentos entre 1641 e 1644, que levou a WIC a comprar remédios de comerciantes livres locais (Inventário 69, 1641-1643, documentos de 20 nov. 1641, 21 nov. 1641, 25 nov. 1641, 14 fev. 1642, 20 mar. 1642; Inventário 70, 1643-1645, documentos de 2 jun. 1643, 7 jul. 1643). O problema era tão grave que foi dada ordem ao médico e aos cirurgiões do hospital no Recife para não distribuírem medicamentos às mulheres e aos filhos de funcionários da WIC, à exceção dos que realmente fossem funcionários ou estivessem em tratamento no hospital, bem como de algumas esposas e filhos de soldados pobres, “que não tinham meios de comprar os medicamentos necessários para seu tratamento” (Inventário 70, 1643-1645, documento de 2 jun. 1643).

Além dessas carências, informa o historiador Hermann Wätjen (2004, p.392) que eram frequentes as mudanças no quadro médico, um indicativo de o serviço prestado não ser bom. Para ele, a WIC, ao contratar “clínicos”, economizava e escolhia os de menores honorários e, portanto, não deveria contratar, pela “modicidade dos honorários” oferecidos, bons profissionais. Essa observação pode encontrar algum esteio na queixa registrada por um ex-militar da WIC em um notário de Amsterdã. Ele voltou para a Europa após ter sido ferido e, encontrando-se ainda machucado em Amsterdã, se viu forçado a procurar ajuda médica. Os dois cirurgiões que o examinaram constataram que alguns dos seus ferimentos, tratados por um cirurgião da WIC chamado Jeronimus, não estavam sarados e que outros se encontravam curados apenas superficialmente. Por fim, eles alegaram que o militar, de nome Albert Dircx, tinha seis ferimentos profundos e sérios, que ele estava atormentado e que provavelmente não teria mais vida saudável (Inventário 852, 11 ago. 1631).

Todavia, mesmo com instalações adequadas, equipe médica suficiente e abastecimento regular – o que não era o caso da WIC no Brasil –, a medicina daquele período não oferecia soluções para muitas das enfermidades que grassavam entre as tropas e dos perigos microscópicos existentes, podendo apenas prover os militares com um pouco de alívio para a maioria das doenças e achaques. Por isso, quadros infecciosos como os dos militares Behaim e Albert Dircx não podiam ser contidos (Lindemann, 2010, p.279). O desconhecimento

total ou parcial de certas doenças – sobretudo as locais, às quais muitos militares não eram imunes – gerou ainda diagnósticos vagos como “doença prolongada”, “doença incurável” ou apenas o diversas vezes citado “incapacitado por doença”. Quando a equipe médica da WIC não conhecia e não sabia como proceder com certas moléstias da região, a solução era buscar ajuda na própria localidade. Vários soldados acometidos com a “doença da terra” foram enviados para o interior a fim de serem tratados por um português chamado Rodrigo Gonsalves, posteriormente contratado pela WIC (Inventário 69, 1641-1643, documentos de 28 jun. 1641, 2 abr. 1642, 19 abr. 1642). Gonsalves não era o único local a atender os soldados da WIC. Em janeiro de 1641, Geraldo de Montel recebeu 120 florins da WIC pela cura de soldados (Inventário 69, 1641-1643, documentos de 30, 31 jan. 1641). Nos dois meses seguintes, certo George Gonsalves embolsou 297 florins pela cura de diversos soldados (Inventário 69, 1641-1643, documentos de 29 fev. 1641, 29 mar. 1641). Outra tentativa de solução era mandar a gente adoentada para casa, como indicam os envios de militares mencionados anteriormente.

Várias doenças conhecidas na Europa foram reconhecidas e tratadas, quando possível, de acordo com os critérios europeus ou influenciados pelos padrões da região. Piso (1957) relatou os procedimentos para a cura ou pelo menos alívio de muitas das doenças que afligiam a gente da conquista. Ele recomendava, por exemplo, para os que estivessem cegos – a partir do que diziam “os lusitanos e os bárbaros” – o consumo de “fígado fresco do peixe tubarão”. Para úlceras e gangrenas, suco de tabaco e certas gomas. Para auxiliar o tratamento do “fluxo hepático”, ele indicava a deglutição de certas “sementes frias frescas” de frutos e raízes, e para o tratamento da gonorreia, aconselhava a raiz de certa árvore e uma cana silvestre, além do uso da raiz “Iaborandi” (*Pilocarpus jaborandi*), ministrada amplamente por ele no tratamento de várias outras moléstias. Fica patente que muitas das suas observações estiveram baseadas no procedimento dos indígenas, médicos e cirurgiões locais (p.75-76, 91, 113-114, 120).

Tratamentos tradicionais como sangrias e purgativos também faziam parte do repertório terapêutico de médicos, cirurgiões e barbeiros da WIC, o que demonstra, em parte, o quanto as práticas de cura do período eram influenciadas pelo pensamento grego, em especial do filósofo Hipócrates. De acordo com sua teoria, os elementos primários constituintes do corpo eram a água, o fogo, o ar e a terra, que tinham características como úmido, quente, frio e seco. Essas características, organizadas em pares, davam origem aos quatro humores, que misturados correspondiam a partes líquidas e sólidas do corpo. O desequilíbrio na composição natural desses humores gerava doenças. No século XVII, duas terapêuticas eram amplamente utilizadas para equilibrar esses elementos do corpo: a sangria e as purgações (Bruijn, 2009, p.25-27, 69; Lindemann, 2010, p.13-14, 86-90, 112; Rebollo, mar. 2006, p.56). Nesse sentido, a obra de Piso (1957) serve mais uma vez de referência para as práticas médicas adotadas no Brasil, já que purgações e sangrias foram comumente citadas por ele como forma de tratamento para certas doenças. O autor, no entanto, recomendava certa cautela na prática da sangria nos enfermos recém-chegados, devido aos “rigores do clima”, embora considerasse “louvável”, ainda que com precaução, a realização de sangrias nos doentes acometidos pelo “fluxo hepático”. Febres, catarros e furúnculos também eram tratados com sangria, não obstante as duas últimas moléstias tivessem a purgação como terapia principal (p.80-87, 113-124).

Influenciado pela teoria dos humores, Piso (1957) também associava muitas doenças ao consumo de alimentos estragados ou à ingestão exacerbada de bebidas alcoólicas, capazes

de desequilibrar os fluidos. Por isso, ele recomendava a moderação no comer e no beber, além da utilização de certas ervas, raízes e frutos (p.97, 118). A mudança e o reforço na alimentação, aliás, foram comumente receitados para o tratamento ou auxílio na cura de doenças. Foram correntes, em diversos momentos, as prescrições de porções adicionais de certos alimentos para militares doentes. Carne fresca, açúcar e vinho estão entre os alimentos mais recomendados para o restabelecimento dos doentes (Inventário 68, 1635-1641, documentos de 29 mar. 1637, 6 abr. 1637, 27 nov. 1637, 5 dez. 1639, 22 dez. 1639; Inventário 69, 1641-1643, documentos de 15 mar. 1641, 16 set. 1641; Inventário 70, 1643-1645, documento de 19 maio 1643).

### **Considerações finais**

O arriscado serviço de guerra parece ter sido, em determinados momentos, menos nocivo aos militares contratados do que as várias moléstias que os atormentaram no decorrer dos anos de ocupação. Além de dar certa razão à suposição de que os exércitos do período perdiam mais homens em decorrência de doenças do que por combate, tal inferência sobre as condições de saúde da tropa da WIC serve para mostrar que boa parte dos problemas físicos dos militares estava relacionada com a dificuldade de a própria WIC provê-los. Ou seja, além dos transtornos naturais gerados pelos confrontos e pelas doenças locais, às quais eles não eram imunes, os militares frequentemente adoeciam porque a WIC falhou em fornecer a seu pessoal o básico, isto é, alimentação e alojamento em quantidades e dimensões adequadas. E esse problema foi comum durante toda a ocupação, desde a invasão e conquista do território (1630-1637) até a rebelião dos moradores contra a WIC e sua rendição (1645-1654), passando pelo governo de Nassau (1637-1644). Para piorar, a WIC também teve problemas para prover sua gente com leitos suficientes nos hospitais, medicamento e número satisfatório de cirurgiões e barbeiros para administrar tratamentos. É necessário, todavia, lembrar as limitações da medicina do período, que era incapaz de lidar com uma grande variedade de doenças, mesmo as mais simples, que causavam mais danos no passado do que nos dias atuais.

Os prolongados anos de cerco, a dificuldade em obter comida localmente em quantidade satisfatória e a dependência contínua das remessas de alimentos oriundos da Europa, enviados em intervalos não regulares, deram uma alta parcela de contribuição para o desenvolvimento de mazelas, algumas das quais de tratamento bastante simples, conquanto fossem responsáveis por muitas baixas na tropa da WIC. Índices de perda de 10% a 33% foram suficientemente elevados para estorvar várias das atividades militares da WIC, uma vez que toda operação de guerra organizada requeria, além do pessoal que saía para o combate, tropas de reserva e gente para manter as posições já ocupadas, fossem acampamentos, fortes ou cidades. Também parece certo que, durante a ocupação da WIC no Brasil, o transtorno causado pelas enfermidades não foi algo pontual, mas rotineiro no dia a dia da conquista, afetando com maior ou menor intensidade aqueles que por lá passaram em todos os períodos. Constitui, portanto, um dos muitos fatores que ajudam a entender a derrocada da WIC, embora não possa ser desconectado dos problemas logísticos, haja vista os tipos de enfermidades mais registradas nas fontes, isto é, aquelas decorrentes de má nutrição e insalubridade.

## REFERÊNCIAS

### ARTICUL-BRIEF.

Articul-Brief. Beraemt over het Scheeps ende Crijgs Volck. Ten Dienste van de Geoctroyeerde West-Indische Compagnie in Brasyl, Guine ende vorders de limiten van den Octroye. (Editado por Hans Sas). Groningen. 1640.

BONTIUS, Jacobus; MARKGRAEF, Georgius; PISO, Gulielmus.

*Oost- en West-Indische warande*. Amsterdam: Jan ten Hoorn. 1694.

BOXER, Charles Ralph.

*The Dutch Seaborne Empire, 1600-1800*. London: Hutchinson. 1977.

BRAY, Robert Stow.

*Armies of pestilence: the impact of disease on history*. Cambridge: Lutterworth Press. 1996.

BRUIJN, Iris.

*Ship's surgeons of the Dutch East India Company: commerce and the progress of medicine in the eighteenth century*. Leiden: Leiden University Press. 2009.

BRUIJN, Jacobus Ruurd; LUCASSEN, Jan (Ed.).

*Op de schepen der Oost-Indische Compagnie*. Groningen: Wolters-Noordhoff/Bouma's Boekhuis. 1980.

CÓDICE 2.

Código 2. Oude West-Indische Compagnie (OWIC). (Nationaal Archief, Den Haag). 12 ago. 1634.

GRAAF, Ronald de.

Geneeskundige zorg in het Staatse Leger tijdens de opstand tegen Spanje. *Leidschrift – Historisch Tijdschrift*, v.17, n.1. 2002.

GUERRA, Francisco.

Medicine in Dutch Brazil 1624-1654. In: Boogaart, Ernst van den (Ed.). *Johan Maurits van Nassau-Siegen 1604-1679: a humanist prince in Europe and Brazil*. The Hague: The Johan Maurits van Nassau Stichting. 1979.

HAECXS, Hendrik.

Diário de Henrique Haecxs (1645-1654). *Anais da Biblioteca Nacional*. v.69. Rio de Janeiro: Biblioteca Nacional. 1950.

HALE, John Rigby.

*War and society in Renaissance Europe, 1450-1620*. London: Fontana Press. 1985.

INVENTÁRIO 49.

Inventário 49. Documentos de 1630 a 1632. Oude West-Indische Compagnie (OWIC). (Nationaal Archief, Den Haag). 1630-1632.

INVENTÁRIO 50.

Inventário 50. Documentos de 1633 a 1635.

Oude West-Indische Compagnie (OWIC).

(Nationaal Archief, Den Haag). 1633-1635.

INVENTÁRIO 53.

Inventário 53. Documentos de 1638. Oude West-Indische Compagnie (OWIC). (Nationaal Archief, Den Haag). 1638.

INVENTÁRIO 54.

Inventário 54. Documentos de 1639. Oude West-Indische Compagnie (OWIC). (Nationaal Archief, Den Haag). 1639.

INVENTÁRIO 57.

Inventário 57. Documentos de 1642. Oude West-Indische Compagnie (OWIC). (Nationaal Archief, Den Haag). 1642.

INVENTÁRIO 65.

Inventário 65. Documentos de 1649. Oude West-Indische Compagnie (OWIC). (Nationaal Archief, Den Haag). 1649.

INVENTÁRIO 68.

Inventário 68. Documentos de 1635 a 1641. Oude West-Indische Compagnie (OWIC). (Nationaal Archief, Den Haag). 1635-1641.

INVENTÁRIO 69.

Inventário 69. Documentos de 1641 a 1643. Oude West-Indische Compagnie (OWIC). (Nationaal Archief, Den Haag). 1641-1643.

INVENTÁRIO 70.

Inventário 70. Documentos de 1643 a 1645. Oude West-Indische Compagnie (OWIC). (Nationaal Archief, Den Haag). 1643-1645.

INVENTÁRIO 852.

Inventário 852, fólho 131v. (Stadsarchief Amsterdam/Notarieel Archief, Amsterdam). 11 ago. 1631.

INVENTÁRIO 12564.20.

Inventário 12564.20. Documentos de 1647 a 1648. Staten Generaal. (Nationaal Archief, Den Haag). 1647-1648.

INVENTÁRIO 12564.29.

Inventário 12564.29. Documentos de 1649 a 1650. Staten Generaal. (Nationaal Archief, Den Haag). 1649-1650.

INVENTÁRIO 12564.33.

Inventário 12564.33. Documentos de 1649 a 1651. Staten Generaal. (Nationaal Archief, Den Haag). 1649-1651.

INVENTÁRIO 12564.34.

Inventário 12564.34. Documentos de 1649 a 1651. Staten Generaal. (Nationaal Archief, Den Haag). 1649-1651.

- KETTING, Herman.  
*Leven, werk en rebellie aan boord van Oost-Indiëvaarders (1595-1650)*. Amsterdam: Aksant. 2002.
- LAET, Joannes de.  
*Historia ou annaes dos feitos da Companhia Privilegiada das Índias Occidentaes*. v.1, 2. Rio de Janeiro: Biblioteca Nacional. 1916.
- LINDEMANN, Mary.  
*Medicine and society in Early Modern Europe*. Cambridge: Cambridge University Press. 2010.
- MCNEILL, John Robert.  
*Mosquito empires: ecology and war in the Greater Caribbean, 1620-1914*. New York: Cambridge University Press. 2010.
- MELLO, Evaldo Cabral de Mello.  
*Olinda restaurada: guerra e açúcar no Nordeste, 1630-1654*. Rio de Janeiro: Topbooks. 1998.
- MELLO, José Antônio Gonsalves de.  
*Tempo dos flamengos: influência da ocupação holandesa na vida e na cultura do norte do Brasil*. Rio de Janeiro: Topbooks. 2001.
- MELLO, José Antônio Gonsalves de.  
*Arquivos holandeses, 1957-58*. v.5. Recife: Massangana. 2000.
- MISSIVA...  
Missiva do coronel Diederick van Waerdenburgh, em Pernambuco, aos Estados Gerais, 16 dez. 1630. In: *Documentos holandeses*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde. 1945a.
- MISSIVA...  
Missiva do coronel Diederick van Waerdenburgh, em Pernambuco, aos Estados Gerais, 27 jul. 1630. In: *Documentos holandeses*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde. 1945b.
- MISSIVA...  
Missiva do coronel Diederick van Waerdenburgh, em Pernambuco, aos Estados Gerais, 3 abr. 1630. In: *Documentos holandeses*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde. 1945c.
- MISSIVA...  
Missiva do coronel Diederick van Waerdenburgh, em Pernambuco, aos Estados Gerais, 9 mar. 1630. In: *Documentos holandeses*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde. 1945d.
- MISSIVA...  
Missiva do general Henrick Lonck, na Baía de São Vicente, à Companhia das Índias Ocidentais, 4 dez. 1629. In: *Documentos holandeses*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde. 1945e.
- NIET, Johan de.  
*Ziekentroosters op de pastorale markt 1550-1880*. Rotterdam: Erasmus Publishing. 2006.
- OZMENT, Steven.  
*Three Behaim boys: growing up in Early Modern Germany*. New Haven; London: Yale University Press. 1990.
- PARKER, Angela; PARKER, Geoffrey.  
*Los soldados europeos entre 1550 y 1650*. Madrid: Akal. 2000.
- PISO, Guilherme.  
*História natural e médica da Índia Ocidental*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Livro. 1957.
- REBOLLO, Regina Andrés.  
O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. *Scientiae Studia*, v.4, n.1. mar. 2006.
- RICHSHOFFER, Ambrosius.  
*Reise nach Brasilien 1629-1632*. In: Naber, S.P. l'Honoré. *Reisebeschreibungen von Deutschen Beamten und Kriegsleuten im Dienst der Niederländischen West- und Ost-Indischen Kompagnien 1602-1797*. v.1. Den Haag: Martinus Nijhoff. 1930.
- SCHALKWIJK, Frans Leonard.  
*The reformed church in Dutch Brazil (1630-1654)*. Zoetermeer: Uitgeverij Boekencentrum. 1998.
- SCHALKWIJK, Frans Leonard.  
Atas das assembleias classicais da igreja cristã reformada no Brasil Holandês. *Revista do Instituto Arqueológico, Histórico e Geográfico de Pernambuco*, n.58. 1993.
- SNELDERS, Stephen.  
Chirurgijns onder de zeerovers in de 17e eeuw. *Nederland Tijdschrift voor de Geneeskunde*, v.149, n.52, p.2933-2926. 2005.
- TALLETT, Frank.  
*War and society in early-modern Europe, 1495-1715*. London: Routledge. 1992.
- TEENSMA, Benjamin Nicolaas.  
De sluipmoordenares: de Malaria Quartana. *Geschiedenis der Geneeskunde*, v.13, n.3. 2009.
- TEMKIN, Owsei.  
*The falling sickness: a history of epilepsy from the Greeks to the beginnings of modern neurology*. Baltimore; London: The Johns Hopkins University Press. 1994.
- WÄTJEN, Hermann.  
*O domínio colonial holandês no Brasil: um capítulo da história colonial do século XVII*. Recife: Cepe. 2004.

