



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**

MATHEUS ALVES ALBINO

**REVELANDO A DOENÇA E A MORTE: MORBIDADE E MORTALIDADE EM
CAMPINAS, 1875-1900**

**CAMPINAS
2020**

MATHEUS ALVES ALBINO

**REVELANDO A DOENÇA E A MORTE: MORBIDADE E MORTALIDADE EM
CAMPINAS, 1875-1900**

Dissertação apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Demografia

Orientadora: Profa. Dra. Ana Silvia Volpi Scott

Coorientadora: Dra. Maisa Faleiros da Cunha

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO ALUNO MATHEUS ALVES ALBINO, ORIENTADA PELA PROFA. DRA. ANA SILVIA VOLPI SCOTT E COORIENTADA PELA DRA. MAISA FALEIROS DA CUNHA.

CAMPINAS

2020

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Cecília Maria Jorge Nicolau - CRB 8/3387

AL14r Albino, Matheus Alves, 1995-
Revelando a doença e a morte : morbidade e mortalidade em Campinas,
1875-1900 / Matheus Alves Albino. – Campinas, SP : [s.n.], 2020.

Orientador: Ana Silvia Volpi Scott.

Coorientador: Maisa Faleiros da Cunha.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de
Filosofia e Ciências Humanas.

1. Santa Casa de Misericórdia de Campinas (SP). 2. Mortalidade. 3.
Morbidade. 4. Escravidão. 5. Campinas (SP) - História - Séc. XIX. I. Scott, Ana
Silvia Volpi, 1959-. II. Cunha, Maisa Faleiros da, 1980-. III. Universidade
Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Revealing disease and death : morbidity and mortality in
Campinas, 1875-1900

Palavras-chave em inglês:

Mortality

Morbidity

Slavery

Campinas (SP) - History - 19th century

Área de concentração: Demografia

Titulação: Mestre em Demografia

Banca examinadora:

Ana Silvia Volpi Scott [Orientador]

Maria Silvia Casagrande Beozzo Bassanezi

Maria Alice Rosa Ribeiro

Denise Aparecida Soares de Moura

Data de defesa: 20-02-2020

Programa de Pós-Graduação: Demografia

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0003-3102-7663>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/2334974696617423>



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, composta pelos Professores Doutores a seguir descritos, em sessão pública realizada em 20/02/2020, considerou o candidato MATHEUS ALVES ALBINO aprovado.

Profa. Dra. Ana Silvia Volpi Scott (orientadora)

Profa. Dra. Maria Silvia Casagrande Beozzo Bassanezi – NEPO/Unicamp

Profa. Dra. Maria Alice Rosa Ribeiro – CMU/Unicamp

Profa. Dra. Denise Aparecida Soares de Moura – FHCS/UNESP Franca

A Ata de Defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertações/Teses e na Secretaria do Programa de Pós- Graduação em Demografia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

*Aos meus pais Adriana Alves e Valdemir Albino
A esta cidade, com carinho*

AGRADECIMENTOS

Ao concluir esta etapa, não poderia deixar de agradecer profundamente a todas as pessoas que participaram desse processo único de reflexão e amadurecimento. Sou grato pela confiança depositada por minha orientadora Ana Silvia Volpi Scott e minha coorientadora Maisa Faleiros da Cunha, pelo estímulo, incentivo e principalmente pela inspiração antes, durante e após o mestrado. A cada nova atividade de discussão, leitura dirigida e encontro fui me encontrando na demografia e a excelente orientação me permitiu desenvolver a pesquisa de forma bastante livre.

A demografia histórica é particularmente desafiadora. Diante de toda a complexidade da demografia e das incertezas da história, corremos o risco de apresentar ao final uma pesquisa insuficiente tanto para a história quanto para a demografia. Poucos entenderam por que um economista formado na área de negócios se atreveu a colocar luvas e máscaras para passar as tardes nos arquivos históricos. Até porque, existia o risco adicional de não avançar em nada do ponto de vista da teoria econômica. A intenção desse trabalho foi construir ao menos uma tentativa de diálogo entre essas áreas.

Agradeço as contribuições da professora Maria Silvia Bassanezi, desde a primeira vez que apresentei minha proposta de pesquisa até a qualificação e a defesa. Os comentários valiosos me estimularam a ousar mais do que imaginaria para uma dissertação de mestrado. Minha gratidão à professora Maria Alice Rosa Ribeiro, que também acompanhou nas conversas na sala de pesquisa do Centro de Memória da Unicamp (CMU), nos seminários, simpósios e na banca de qualificação e defesa. Estar sempre em boa companhia fez esses dois anos intensos de trabalho muito especiais. A professora Denise Moura, por aceitar o convite para compor a banca de defesa e cuja pesquisa rigorosa com as fontes da Santa Casa de Misericórdia lembrou meus estudos e anotações do tempo da iniciação científica, quando tive o contato com seu texto pela primeira vez. As sugestões foram essenciais para que meu trabalho atingisse seu propósito.

Estendo os agradecimentos aos outros membros que aceitaram estar na composição da banca. À professora Luciana Correia Alves, coordenadora do programa de pós-graduação em Demografia, que mesmo na rotina carregada de trabalho característica dos coordenadores em um período particularmente difícil, teve tempo para fazer observações na metodologia. Ao professor Renato Leite Marcondes, pela relação construída ao longo do desenvolvimento da monografia de conclusão do curso de economia empresarial e controladoria. Se consegui crescer enquanto pesquisador, isso em parte está creditado às excelentes experiências anteriores. Por isso, também é justo lembrar e agradecer a quem primeiro me despertou para a pesquisa e história de Campinas, a professora Maria Lúcia Lamounier.

Agradeço aos comentários dos participantes e expositores do 9º Encontro de Pós-Graduação em História Econômica da Associação Brasileira de Pesquisadores em História Econô-

mica (ABPHE) e do 5º *Workshop* de História Econômica, em especial os professores Renato Perim Colistete, Leonardo Monasterio e William Summerhill. Aos comentários dos participantes do 21º Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP) e do 7º Simpósio Nacional de História da População. Agradeço as recomendações de leitura do professor Heitor Moura Filho, as sugestões metodológicas da colega Isabella Oliveira e os apontamentos do professor Eustáquio José Reis. Aos pareceristas da Revista Brasileira de Estudos de População (Rebep), pelas sugestões que enriqueceram meu texto.

Meu agradecimento aos guardiões da história de Campinas. Ao professor Fernando Antônio Abrahão, Ema Camillo, Alessandra Barbosa, Aline Assencio e João Paulo Berto do Centro de Memória da Unicamp (CMU), que gentilmente disponibilizaram todo o material necessário, ofereceram seu espaço à pesquisa e deram sugestões a respeito dos documentos do acervo. A Antônio Carlos Galdino, por mostrar com tanta generosidade as possibilidades de pesquisa do Arquivo Municipal.

Aos docentes do programa de pós-graduação em Demografia, em especial, os professores Joice Melo Vieira, Maria Coleta Albino de Oliveira, Everton Emanuel Campos de Lima, José Marcos Pinto da Cunha, Gláucia dos Santos Marcondes, Alberto Eichmann Jakob. Ao professor Roberto do Carmo pela oportunidade de trabalharmos em parceria durante o Estágio Docente. Ao corpo técnico-administrativo do Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” e do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp. A Adriana Fernandes, pela amizade desde antes de eu entrar no Nepo, pela generosidade, pelo carinho, pela atenção e disposição em ajudar.

Aos colegas do programa de pós-graduação em Demografia, em especial à coorte de 2018, pelo apoio e companheirismo e aos colegas da Demografia Histórica que me acompanharam durante o mestrado. Todo o meu carinho e gratidão a Dayane Carvalho Dias, Thiago Bonatti, Alessandra Traldi e Dario Scott, pela inspiração e sugestões metodológicas. As conversas e recomendações de leituras de cada um foram essenciais para a pesquisa.

Agradeço a Bruna Garcia, companheira de vida e de ativismo político, que foi fundamental para eu tivesse estrutura para concluir esse projeto. Pelo carinho e amor profundo nas horas em que mais precisei, pelos momentos de lutar juntos por uma universidade mais justa, mas principalmente pelas revisões, discussões, sugestões e críticas atentas a este trabalho, como economista e demógrafa em formação. Aos meus pais pelo apoio e pelas tantas vezes que entenderam quando tive que me ausentar para escrever.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Código de Financiamento 001. É dever de todo cidadão defender o financiamento público e o fortalecimento dessas agências de fomento pelo papel fundamental que desempenham no avanço da educação, ciência, tecnologia e inovação do país. Por isso, também agradeço aos amigos que reconstruíram comigo a Associação de Pós-graduandas e Pós-graduandos da Unicamp, por defenderem educação e pesquisa não somente para uma pessoa, curso ou instituição, mas para todos os brasileiros e brasileiras.

Desde a Idade Média, o jogo da doença e da saúde joga-se cada vez menos na casa do doente e cada vez mais no palácio da doença, o hospital.

As doenças têm história, Jacques Le Goff.

RESUMO

O propósito desta pesquisa é investigar aspectos da mortalidade e da morbidade da população escravizada e livre, nacional e estrangeira em Campinas no último quarto do século XIX. Nesse período, a cidade experimentou intensas transformações econômicas e sociais como o crescimento do núcleo urbano, a abolição da escravidão e um grande fluxo imigratório, sobretudo de europeus. A partir do Registro Civil de Óbitos de Campinas e de registros de pacientes da Santa Casa de Misericórdia e do Hospital de Isolamento do Fundão, revelamos um perfil de morbidade marcado pelas doenças infecciosas, mortalidade infantil elevada e momentos de crise causados pelas epidemias de febre amarela. Esse comportamento é característico de um período pré-transição demográfica e epidemiológica. Mostramos que a população hospitalizada foi sobretudo masculina em idade ativa e produtiva, principalmente atingida por doenças como a tuberculose e outras relacionadas à precariedade das condições de vida e de trabalho. Existiram diferenciais significativos de mortalidade por condição jurídica e nacionalidade. A população escravizada experimentou mortalidade mais elevada que a população livre. Depois de controladas as diferenças nas características da população e do perfil de morbidade, a maior parte do diferencial persistiu ao longo do tempo devido às condições de vida impostas pelo cativo. Brasileiros apresentaram mortalidade hospitalar mais elevada que estrangeiros. Uma pequena parte desse diferencial se deve ao volume e estrutura etária desses dois segmentos da população. A maior parte da diferença é explicada pela entrada de estrangeiros em casos menos graves e pelo fato de os estrangeiros com probabilidade de morte mais elevada não acessarem os hospitais filantrópicos. Grande parte desses indivíduos morreram em casa, nas fazendas, sem assistência médica ou nos hospitais de isolamento, onde o tratamento foi pouco eficiente em aumentar as chances de sobrevivência dos pacientes.

Palavras-chave: Santa Casa de Misericórdia de Campinas (SP); Mortalidade; Morbidade; Escravidão; Campinas (SP) - História - Séc. XIX.

ABSTRACT

The purpose of this research is to investigate aspects of mortality and morbidity of enslaved and free, national and foreign population in Campinas, state of São Paulo, during the last quarter of the 19th century. During this period, Campinas experienced intense economic and social transformations such as the growth of the urban core, the abolition of slavery and a large flow of immigrants. Through the death registry of Campinas and patient records of Santa Casa de Misericórdia and isolation hospital “Lazareto do Fundão”, we showed a morbidity profile marked by infectious diseases, with high infant mortality and mortality crisis caused by yellow fever epidemics. This behavior is typical of a pre-demographic and epidemiological transition era. We demonstrate that the hospitalized population was male at productive age, mainly affected by diseases such as tuberculosis and others related to the precarious living and working conditions. There were significant differences in mortality by legal status and nationality. The enslaved population experienced higher mortality than the free population. After controlling the differences related to characteristics and mortality profile, most of the differential persisted due to the living conditions imposed by slavery. Brazilians had higher hospital mortality than foreigners. A small part of the mortality gap is due to the volume and age structure of these two segments of the population. Most of the mortality differential is explained by the entry of foreigners in less severe cases and by the fact that foreigners with a higher probability of death do not access philanthropic hospitals. Most of these individuals died at home, on farms, without medical assistance or in isolation hospitals, where treatment did not alter much patients' probabilities of survival.

Keywords: Santa Casa de Misericórdia (SP); Mortality; Morbidity; Slavery; Campinas (SP) - History - 19th century.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Componentes da dinâmica demográfica brasileira, 1840–2020	31
FIGURA 2 – Vista parcial da cidade de Campinas, 1890	41
FIGURA 3 – Mapa da cidade de Campinas com os principais hospitais em funcionamento de 1876 a 1900	45
FIGURA 4 – Expansão de Santas Casas brasileiras até 1900	52
FIGURA 5 – Santa Casa de Misericórdia de Campinas e Asilo de Órfãs	55
FIGURA 6 – Proporção de enfermos residentes em Campinas atendidos pela Santa Casa de Misericórdia, 1876–1900	56
FIGURA 7 – Entradas de enfermos na Santa Casa de Misericórdia por mil habitantes, 1875–1900	57
FIGURA 8 – Livro de Matrículas de Enfermos do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Campinas	68
FIGURA 9 – Livro de Enfermos do Lazareto do Fundão, 1890–1892	73
FIGURA 10 – Evolução da proporção de óbitos por grandes grupos de causas de morte – Campinas, 1889–1900	101
FIGURA 11 – Movimentos mensais dos óbitos por doenças infecciosas, não infecciosas e mal definidas registradas em Campinas, 1889–1900	102
FIGURA 12 – Evolução da proporção de óbitos por doenças infecciosas segundo seus mecanismos de transmissão – Campinas, 1889–1900	104
FIGURA 13 – Estrutura etária dos atendidos no Lazareto do Fundão, 1890 e 1892	107
FIGURA 14 – Estrutura etária dos atendidos pela Santa Casa de Misericórdia de Campinas, 1876–1889	112
FIGURA 15 – Estrutura etária dos atendidos pela Santa Casa de Misericórdia de Campinas, 1890–1900	112
FIGURA 16 – Distribuição do tempo de permanência hospitalar dos enfermos falecidos e não falecidos da Santa Casa de Misericórdia de Campinas, 1876–1900	114
FIGURA 17 – Proporção de entradas de pacientes na Santa Casa de Misericórdia de Campinas por categorias de atendimento, 1876–1900	115
FIGURA 18 – Razão de sobremortalidade masculina (H/M) – Campinas e Santa Casa de Misericórdia	128
FIGURA 19 – Evolução da proporção de óbitos por doenças infecciosas – Santa Casa de Misericórdia, 1876–1900	129

FIGURA 20 – Proporção de óbitos por condição de liberdade e nacionalidade dos atendidos pela Santa Casa de Misericórdia, 1876–1900	135
FIGURA 21 – Curvas de sobrevivência para a população livre e escravizada atendida na Santa Casa de Misericórdia, 1876–1900	138
FIGURA 22 – Curvas de sobrevivência para brasileiros e estrangeiros atendidos na Santa Casa de Misericórdia, 1876–1900	142

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Informações dos livros da Santa Casa de Campinas, 1876–1900	67
QUADRO 2 – Variáveis do modelo de regressão logística para mortalidade hospitalar .	79
QUADRO 3 – Classificação Internacional das Causas de Morte de Bertillon (1893) . .	82
QUADRO 4 – Classificação das Causas de Morte de Mary Karasch (2000)	83
QUADRO 5 – Classificação das Causas de Morte do Estado de São Paulo (1894) . . .	84
QUADRO 6 – Classificação de Doenças de McKeown modificada	86
QUADRO 7 – Classificação Histórica de Ocupações por grandes grupos ocupacionais .	91

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Produção de café e crescimento da população em Campinas (1836-1900)	40
TABELA 2 – Óbitos por ano, estimativas populacionais e taxas brutas de mortalidade (TBM) – Campinas, 1889–1900	97
TABELA 3 – Distribuição dos óbitos segundo sexo e grupos de idade – Campinas, 1889–1900	98
TABELA 4 – Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos em Campinas, 1894–1900 . .	99
TABELA 5 – Distribuição dos óbitos por nacionalidade e grupos de idade – Campinas, 1889–1900	100
TABELA 6 – Dez principais causas de óbito por doenças infectocontagiosas – Campinas, 1889–1900	103
TABELA 7 – Dez principais causas de óbito por doenças não infecciosas – Campinas, 1889–1900	103
TABELA 8 – Óbitos por nacionalidade e grandes grupos de doenças e causas de morte – Campinas, 1889–1900	105
TABELA 9 – Nacionalidade dos atendidos no Lazareto do Fundão, 1890 e 1892	108
TABELA 10 – Óbitos registrados nos hospitais de Campinas, 1889-1900	111
TABELA 11 – Taxas de mortalidade padronizadas de hospitais selecionados (Santa Casa de Campinas em 1900 = 100), 1891-1900	113
TABELA 12 – Estado conjugal dos atendidos pela Santa Casa de Misericórdia de Campinas, 1876–1900	114
TABELA 13 – População segundo grandes grupos ocupacionais e condição jurídica – Campinas, 1874	116
TABELA 14 – Distribuição ocupacional dos enfermos da Santa Casa de Misericórdia de Campinas segundo condição jurídica e nacionalidade, 1876–1900	117
TABELA 15 – Distribuição ocupacional dos enfermos da Santa Casa de Misericórdia de Campinas segundo sexo, 1876–1900	118
TABELA 16 – Principais remetentes de enfermos escravizados da Santa Casa de Misericórdia de Campinas, 1876–1888	120
TABELA 17 – Principais remetentes de enfermos de 14 de maio de 1888 até 31 de dezembro de 1900	124
TABELA 18 – Atendidos na Santa Casa de Misericórdia por desfecho e grupos de doenças e causas de morte, 1876–1900	126
TABELA 19 – Atendidos da Santa Casa de Misericórdia por sexo e grupos de doenças e causas de morte, 1876–1900	127

TABELA 20 – Dez principais doenças infecciosas da Santa Casa de Misericórdia de Campinas com percentuais de cura, melhora e mortalidade hospitalar, 1876–1900	131
TABELA 21 – Dez principais doenças não infecciosas da Santa Casa de Misericórdia de Campinas com percentuais de cura, melhora e mortalidade hospitalar, 1876–1900	132
TABELA 22 – Proporção de óbitos e curas dos atendidos na Santa Casa de Misericórdia de Campinas por grandes grupos ocupacionais, 1876-1900	134
TABELA 23 – Atendidos da Santa Casa de Misericórdia por condição jurídica, nacionalidade e grupos de doenças e causas de morte, 1876–1900	136
TABELA 24 – Decomposição do diferencial de mortalidade entre escravos e livres controlado por sexo, idade, estado conjugal, doenças e variações temporais de período. Santa Casa de Misericórdia de Campinas, 1876–1888	139
TABELA 25 – Decomposição do diferencial de mortalidade entre brasileiros e estrangeiros livres. Santa Casa de Misericórdia de Campinas, 1876–1888	143
TABELA 26 – Decomposição do diferencial de mortalidade entre brasileiros e estrangeiros livres na Santa Casa de Misericórdia de Campinas, 1895–1900	145
TABELA 27 – Características dos atendidos pelo hospital da Santa Casa de Misericórdia em termos de proporção relativa, 1876-1900	165
TABELA 28 – Estimativas das razões de chance (RC) de mortalidade dos modelos de regressão logística segundo condição jurídica de liberdade – Santa Casa de Misericórdia de Campinas, 1876-1888	166
TABELA 29 – Estimativas das razões de chance (RC) de mortalidade dos modelos de regressão logística segundo nacionalidade da população livre – Santa Casa de Misericórdia de Campinas, 1876-1888	167
TABELA 30 – Estimativas das razões de chance (RC) de mortalidade dos modelos de regressão logística segundo nacionalidade da população – Santa Casa de Misericórdia de Campinas, 1895-1900	168

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1 O ESTUDO DA MORBIDADE E MORTALIDADE DAS POPULAÇÕES DO PASSADO	20
1.1 Tendências históricas de mortalidade	20
1.2 Particularidades do passado brasileiro	28
2 CAMPINAS ATÉ O FINAL DO SÉCULO XIX	38
2.1 Crescimento econômico e populacional	38
2.2 A saúde e o espaço da filantropia	44
2.3 As Misericórdias	51
3 FONTES DE DADOS E MÉTODOS	59
3.1 Os eventos vitais e registros hospitalares	60
3.2 A análise das estatísticas de mortalidade e morbidade	74
3.3 Procedimentos para uma classificação histórica de doenças	81
3.4 Uma classificação de ocupações para populações do passado	89
4 DE UMA CIDADE ESCRAVISTA A UMA CIDADE DE IMIGRANTES: MORTALIDADE E MORBIDADE	95
4.1 A mortalidade em Campinas, 1889-1900	96
4.2 A mortalidade em um hospital filantrópico	110
4.2.1 Os atendidos pela Santa Casa de Misericórdia de Campinas	110
4.2.2 Morbidade e mortalidade por causas	125
4.3 Escravidão e imigração: diferenciais de mortalidade	133
CONSIDERAÇÕES FINAIS	148
REFERÊNCIAS	152
APÊNDICE A RESULTADOS DOS MODELOS DO CAPÍTULO 4	165

INTRODUÇÃO

As origens dessa pesquisa retomam um primeiro contato com registros hospitalares da Santa Casa de Misericórdia de Campinas, por meio dos quais pretendíamos estudar a vida da população urbana escravizada e as transformações nas relações de trabalho durante a segunda metade do século XIX. Com o aprofundamento de nossa investigação, encontramos um imenso potencial dessa documentação para o estudo do processo de doença e morte nas populações do passado.

O objetivo deste trabalho é investigar aspectos da morbidade e da mortalidade da população escravizada e livre, nacional e estrangeira em Campinas durante o último quarto do século XIX. Privilegiaremos a doença e a morte que fizeram dos primeiros hospitais da cidade de Campinas no século XIX o seu palco, sem nos afastar da discussão de alguns elementos como a existência de conflitos e tensões entre a prática dos médicos e as “artes de curar” dos curandeiros, barbeiros, boticários, sangradores, cirurgiões e parteiras (XAVIER, 2003). Outro ponto relevante a ser considerado no debate se refere à influência de medidas de saúde pública como serviços de saneamento, que muito embora não sejam serviços de saúde propriamente ditos como os hospitais, impactaram profundamente o estado de saúde da população.

A relação entre condições de saúde, doença e morte é uma das grandes problemáticas da demografia. Motivada pelo aumento da esperança de vida em países europeus durante os séculos XVIII e XIX, uma literatura ampla se concentrou em desenvolver e consolidar métodos para análise dos condicionantes do processo de transição da mortalidade, de níveis elevados para mais baixos (NOTESTEIN, 1945; LIVI-BACCI, 1991). Esse processo de queda da mortalidade está profundamente relacionado com uma mudança no perfil de morbimortalidade da população, da predominância de doenças infectocontagiosas para uma maior representação das cardiovasculares e degenerativas (OMRAN, 1971; MCCracken; PHILLIPS, 2017). À medida que essa transição se inicia e o número de pessoas afetadas por doenças crônicas tende a crescer, as condições de saúde encaradas sob a perspectiva da morbidade passam a divergir daquelas da consideradas pelo ângulo da mortalidade.

A partir de mudanças no controle de doenças infectocontagiosas, adoção de medidas de saúde, melhoria das condições de vida, hábitos e nutrição, ocorre o declínio da mortalidade perinatal e materna (HORIUCHI, 1999). Muito embora esse esquema teórico explique o comportamento demográfico de grande parte dos países industrializados da Europa Ocidental desde o século XVIII e ao longo do XIX, aqueles em desenvolvimento não experimentaram a mesma dinâmica (FRENK et al., 1991; FRENK; BOBADILLA; LOZANO, 1996; CASELLI; MESLÉ; VALLIN, 2002).

No Brasil, a transição da mortalidade começou a ocorrer ainda no final do século XIX e teve a sua maior redução na primeira metade do século XX (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2014). A transição epidemiológica, no entanto, não tem ocorrido conforme as interpretações

clássicas. A persistência de algumas doenças como a malária e reintrodução de outras como a dengue e o cólera no século xx não permitem dizer que a transição epidemiológica se completou em todas as regiões do país. Há que se considerar as profundas desigualdades regionais brasileiras que complexificam essa realidade (PRATA, 1992; SCHRAMM et al., 2004).

Demógrafos convergem para o entendimento de que as condições de vida no período *pré-transicional* eram insalubres e a mortalidade, em especial a infantil, era extremamente elevada (LIVI-BACCI, 1991; NADALIN, 2004). Os serviços de saúde no final do século xix não estavam organizados como sistema e a prática médica era baseada em conhecimentos tradicionais. Além disso, algumas das especificidades do comportamento demográfico brasileiro nesse período foi a instituição da escravidão até 1888¹ e os grandes fluxos migratórios no que se convencionou chamar de período de “migrações de massa do século xix”.

No entanto, uma crítica que atravessa a produção da demografia histórica brasileira é que ainda pouco se sabe sobre as condições sanitárias do século xix, políticas públicas de saúde e sobre os níveis e padrões da mortalidade geral e diferencial para as cidades brasileiras (BACELLAR; SCOTT; BASSANEZI, 2005; MARCÍLIO, 1997). Tendo isso em vista, o propósito da pesquisa é responder à questão: afinal, existiram diferenciais significativos no acesso à saúde e mortalidade entre a população escravizada e livre, brasileira e estrangeira ao longo do último quarto do século xix em Campinas?

A linha mestra que guia nossa pesquisa é desenvolvida em quatro capítulos. Conhecer as especificidades do processo saúde-doença-morte nas populações do passado, portanto, é o ponto de partida do Capítulo 1. Para isso, recuperamos o arcabouço teórico dos regimes demográficos pré-transicionais, bem como propomos novas abordagens para compreender o passado brasileiro por meio das estruturas conceituais da demografia.

O final do século xix e início do xx é considerado um marco na história econômica do Brasil, no qual a sociedade apresentou sinais de enriquecimento, especialmente devido à economia cafeeira no sudeste e crescimento no comércio internacional. Esse período também significou a transição do regime monárquico para o republicano e o fim da escravidão legal (MERRICK; GRAHAM, 1979; SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1981).

Nesse contexto, Campinas tornou-se o principal centro agrícola e comercial de toda a região do chamado *oeste paulista*, quando a cidade ficou conhecida como a “capital agrícola da província” (RIBEIRO, 1993, p. 70). Apesar da colocação privilegiada no cenário econômico, o município foi atingido pelos surtos das doenças infectocontagiosas que impactaram sua economia e demografia. Desde a varíola e a lepra até as crises de febre amarela no final do xix, as doenças que grassavam entre a população foram alvo da preocupação das autoridades municipais e provinciais (SANTOS FILHO; NOVAES, 1996, p. 21).

¹ Entre os trabalhos pioneiros que revelaram a mortalidade escrava e a demografia da escravidão estão Robert Slenes (1976) e Mary Karasch (2000). Além dos pioneiros, uma série de pesquisas realizadas por pesquisadores da Fiocruz seguiram a linha de saúde da população escravizada. São exemplos, Ângela Pôrto (2006) e Barreto e Pimenta (2013).

Diante disso, algumas questões merecem atenção. Como a maior população escravizada da província de São Paulo passou pelas intensas transformações no mundo do trabalho? Como a composição da população de Campinas mudou com os grandes fluxos migratórios? A quais atividades econômicas sua população se dedicava? Quais as preocupações da municipalidade no que tange à saúde pública, controle de doenças, higiene e saneamento e qual o papel das instituições filantrópicas no cenário das grandes epidemias? Em que contexto se desenvolveu a estrutura dos primeiros hospitais de Campinas? O Capítulo 2 dessa dissertação se dedica a responder a essas questões.

O conjunto documental reunido por essa pesquisa contém informações relativas a 24 anos de matrículas, altas, óbitos e transferências dos enfermos da Santa Casa de Misericórdia de Campinas (1876–1900) somados a dois anos de registros do Lazareto do Fundão (1890 e 1892), um hospital filantrópico e um hospital de isolamento da cidade, além do Registro Civil de Óbitos dos cartório de Conceição e Santa Cruz de Campinas (1889-1900). Para dar suporte às evidências trazidas por essa proposta de trabalho inédita, utilizaremos informações populacionais dos primeiros levantamentos censitários, bem como das estatísticas demógrafo-sanitárias e anuários demográficos, uma série de relatórios administrativos dos provedores da Santa Casa, receituários, dicionários de medicina e outras fontes complementares.

A partir disso, quais conclusões a respeito do comportamento da mortalidade e da morbidade da população da cidade podem ser retiradas? As estatísticas disponíveis trazem resultados plausíveis? Quais as limitações e potencialidades dos documentos hospitalares para o estudo de mortalidade e saúde? No Capítulo 3, realizamos um exercício de aplicação da Classificação Internacional Histórica de Ocupações (HISCO) baseado nos trabalhos de Botelho et al. (2006) e Botelho (2008), bem como de uma Classificação de Causas de Morte a partir das contribuições de Bernabeu-Mestre (1993) e Bernabeu-Mestre et al. (2003), para operacionalizar as análises das estatísticas de mortalidade e morbidade de Campinas e de seus hospitais.

Por último, Capítulo 4 reúne evidências de trabalhos anteriores e resultados inéditos a partir dos dados da Santa Casa de Misericórdia, do Hospital do Fundão e do Registro Civil de Óbitos de Campinas. Nosso objetivo é aprofundar o entendimento da mortalidade em Campinas no último quarto do século XIX a partir da coleção de fontes relacionadas à população em geral e à população hospitalizada da cidade. Esboçamos um panorama da mortalidade e da morbidade a partir dos registros de óbitos e investigamos a dinâmica da mortalidade a partir da análise de sazonalidade, crises de mortalidade e perfil de mortalidade diferencial por causas e por subgrupos da população. Por fim, caracterizamos os atendidos pelos hospitais da cidade, levantando hipóteses sobre as possíveis causas de desigualdades em mortalidade e saúde por nacionalidade e condição jurídica. Resultados de estimativas de mortalidade detalhadas para o hospital da Santa Casa foram reservados ao Apêndice A.

CAPÍTULO 1

O ESTUDO DA MORBIDADE E MORTALIDADE DAS POPULAÇÕES DO PASSADO

O objetivo deste capítulo é delinear os principais conceitos teóricos para uma investigação sobre a saúde e mortalidade em perspectiva histórica, recuperando para isso as teorias demográficas e abordagens consolidadas pelos estudiosos. Essa discussão será desenvolvida em dois principais momentos.

Na Seção 1.1, apresentamos as teorias que buscam explicar o declínio secular da mortalidade e da morbidade desde o século XVIII e ao longo do XIX em países da Europa Ocidental, como a Teoria da Transição Demográfica e a Teoria da Transição Epidemiológica. Discutimos brevemente as interpretações clássicas, as críticas, exceções e particularidades do ritmo e do momento histórico nos quais essas transições se inseriram em diversos países e regiões. Finalmente, apresentamos as interpretações mais recentes que incluem neste arcabouço conceitual clássico um olhar voltado às diferenças de mortalidade por causas e subgrupos específicos das populações, a exemplo da Teoria de Causas Fundamentais de Desigualdades em Saúde. Essas abordagens reafirmam a importância de analisar a dinâmica da mortalidade e da saúde como um processo heterogêneo, sob a hipótese de que a mortalidade e a morbidade por algumas causas está associada diretamente a uma desigualdade de condições de vida que indivíduos de diferentes grupos sociais desfrutam.

Na Seção 1.2, acrescentamos elementos particulares para o estudo da mortalidade e da saúde em um período pré-transição demográfica e epidemiológica, especialmente no caso latino-americano e brasileiro. Estamos diante de um cenário de grandes epidemias, tensões entre médicos acadêmicos e a medicina tradicional dos curandeiros, desconfiança do papel dos hospitais enquanto instituições e incertezas com relação à origem das doenças. Além disso, o Brasil traz especificidades a serem consideradas, tais como a persistência da escravidão legal até 1888 e influência significativa dos movimentos migratórios na dinâmica populacional. Dessa forma, argumentamos que uma análise voltada aos diferenciais de mortalidade e morbidade entre a população escravizada e livre, brasileira e estrangeira ainda se faz necessária.

1.1 Tendências históricas de mortalidade

Uma das estruturas teóricas mais consolidadas e debatidas na Demografia é a Teoria da Transição Demográfica (TDD). Ela refere-se a um fenômeno pelo qual as populações humanas passam de taxas vitais (mortalidade e natalidade) elevadas, isto é, de um *regime demográfico de alta pressão*, para taxas mais baixas, um *regime demográfico de baixa pressão*. Essa proposta teórica foi apresentada pela primeira vez por Notestein (1945) e estabelece uma tipologia para os regimes demográficos – pré-transicionais, transicionais e pós-transicionais – que ainda é amplamente utilizada pelos demógrafos.

A transição demográfica diz respeito a uma mudança de um “antigo regime demográfico”, característico de uma sociedade “tradicional”, para uma sociedade em que o regime demográfico é “moderno”. Dito de outra forma, Livi-Bacci (1993, p. 13–14) define o chamado “antigo regime” como caracterizado pela ineficiência e pela desordem, no sentido de que o “crescimento da população era lento e se produzia uma grande dissipação de energia demográfica”. Na definição de Livi-Bacci, em que o autor ilustra a população como um sistema, a ineficiência do antigo regime era fundada na evidência de que para obter um nível baixo de crescimento, essas populações necessitavam de grande volume de entradas (isto é, nascimentos), dado que um grande volume de energia era dispersada (isto é, mortalidade elevada). Além disso, tal regime demográfico possuía alta entropia: o alto risco de morte nas primeiras faixas de idade e a frequência das crises de mortalidade adicionava profunda incerteza quanto ao crescimento dessa população.

Nesse sentido, o regime “moderno” corresponde a um sistema mais “ordenado” e “econômico” do ponto de vista demográfico, com níveis moderados de mortalidade e fecundidade, marcado pela industrialização e por uma população predominantemente urbana. Enfatiza-se que a interpretação clássica da transição demográfica é, no fundo, um “fato estilizado”. Em outras palavras, trata-se de um processo mais descritivo de uma relação empírica observada em alguns países com contexto histórico definido do que uma teoria propriamente dita, que estabelece relações de causalidade. Conforme Nadalin (2004, p. 128), “a TTD é um esquema teórico que generaliza um processo historicamente verificado”.

Esse autor enumera vários traços importantes da teoria que merecem ser destacados. Um deles é que a transição demográfica está profundamente relacionada a uma mudança e a adoção de novos valores sociais referentes à fecundidade, que complementam mudanças na sociabilidade privada e na história da família. Outro traço fundamental é que “a regressão da mortalidade na Europa Ocidental compreende não só uma mudança no nível da curva, mas também a diminuição da amplitude das crises de mortalidade” (NADALIN, 2004, p. 129). Além disso, ainda que o esquema teórico seja descritivo, pressupõe-se implicitamente que o crescimento populacional foi uma consequência direta de um declínio da mortalidade, mantida a fecundidade constante.

Com o declínio da mortalidade em nível, mas também em redução de sua variabilidade ao longo do tempo, desarticulava-se uma das características do antigo regime demográfico: a *mortalidade de crise*. Se nas populações *pré-transicionais*, altas taxas de natalidade e mortalidade virtualmente se cancelavam, provocando um crescimento vegetativo lento, no primeiro estágio da transição a queda da taxa de mortalidade via melhoria das condições de vida, disponibilidade de alimentos e avanços da medicina, produzia taxas elevadas de crescimento enquanto as taxas de fecundidade permanecem altas. Em um segundo momento, as taxas de natalidade também começam a declinar, em convergência para o nível das taxas de mortalidade, o que resultaria em um crescimento populacional estável.

Esse comportamento foi particularmente marcante para alguns países da Europa

Ocidental – entre eles França, Suécia, Inglaterra e País de Gales – desde o século XVIII e a transição da mortalidade de níveis elevados para níveis mais baixos é fundamental para compreender a primeira etapa dessa dinâmica. Com objetivo de investigar os avanços extraordinários na saúde dos países industrializados durante esse período, Omran (1971) desenvolveu a Teoria da Transição Epidemiológica (TTE), que está profundamente relacionada com a componente de mortalidade da TTD e constitui-se como uma das teorias clássicas sobre epidemiologia e saúde pública.

Essa teoria postula três estágios de transição considerada em seu modelo clássico: período da fome e das pandemias; período do declínio das epidemias; período das doenças degenerativas e causadas pelo homem. O primeiro período – *da fome e das pandemias* – caracteriza-se por mortalidade elevada e crescimento populacional lento ou mínimo, no qual predominam as doenças infectocontagiosas. Nesse momento, a mortalidade é dominante, com uma taxa que varia de 30 a mais de 50 óbitos por mil habitantes. A fecundidade permanece em um nível elevado e sustentado – superior a 40 nascimentos por mil habitantes. Trata-se de uma população predominantemente jovem, com taxas de dependência baixas e um pequeno excesso de homens na população (OMRAN, 1971, p. 168).

Utilizada para descrever as populações europeias pré-transicionais, a primeira fase da TTE descreve um perfil econômico predominantemente agrário, dependente do trabalho manual e de métodos intensivos em trabalho. Trata-se, ainda, de uma sociedade tradicional, orientada por uma rígida estrutura hierarquizada política e socialmente, com padrões de vida e condições sanitárias precários, com conforto e bens de luxo concentrados em um grupo de elite. As esperanças de vida ao nascer na primeira fase da transição epidemiológica clássica flutuam perto dos 20 anos de idade, com mortalidade infantil muito alta. A mortalidade é maior entre as mulheres em idade reprodutiva em comparação aos homens e em áreas urbanas em comparação às zonas rurais (MCCRACKEN; PHILLIPS, 2017).

Quanto às condições de mortalidade por causas e acesso a recursos de saúde no período pré-transicional, Omran (1971) destaca a grande influência da tuberculose, da varíola e de doenças relacionadas a deficiências nutricionais, agravadas pelas condições insalubres do ambiente, como água e comida contaminadas, além de péssimas condições de moradia e presença de insetos, com pouco ou nenhum sistema de cuidado médico conhecido. Destaca-se, portanto, a presença de curandeiros e outros tipos de conhecimentos tradicionais como práticas de cura aceitas.

O segundo período – *do declínio das epidemias* – é caracterizado pela queda da mortalidade e crescimento sustentado, de forma que a taxa de mortalidade declina progressivamente, e essa taxa de declínio acelera conforme as epidemias diminuem ou desaparecem. Como parâmetro, a esperança de vida média ao nascer nesse período flutuou entre 30 e 50 anos. A fase de declínio das epidemias pode ser dividida ainda em dois principais momentos, um inicial e outro mais tardio.

O primeiro momento de declínio das epidemias é marcado por uma sociedade ainda

tradicional, com uma classe média emergente dentro da estrutura até então mais rigidamente hierarquizada. Condições para melhorias na agricultura, desenvolvimento em transportes e comunicação emergem e encorajam a industrialização. A população continua jovem e a mortalidade é superior a 30 óbitos por mil habitantes, mas apresenta tendência geral de queda lenta. Segundo Omran (1971, p. 168), as flutuações na mortalidade ficam menos pronunciadas, mas mulheres jovens e a população urbana continuam em maior exposição ao risco de morte. Subnutrição e doenças infectocontagiosas persistem com peso importante na carga de doenças da população.

No que tange às condições ambientais e de saúde, alguns problemas persistem enquanto outros, típicos da vida no mundo urbano começam a emergir. Os hospitais são vistos nessa fase como “armadilhas para a morte”, lugares onde se ia para morrer, motivo pelo qual muitos continuam a recorrer à medicina tradicional para curar seus males. Como observaremos, essa fase é particularmente interessante para entender a mortalidade e o acesso à saúde da população de Campinas no final do século XIX (OMRAN, 1971, p. 168).

Um segundo momento dentro do período de declínio das epidemias é caracterizado por uma mortalidade que declina progressivamente. Muitas décadas depois da mortalidade começar a declinar, a natalidade apresenta tendências de declínio. Nesse período as condições sanitárias melhoram com o avanço da ciência e os aprimoramentos contínuos na agricultura, que garantem boa disponibilidade de alimentos. As grandes epidemias começam a desaparecer, ou reaparecer em período mais prolongado. Nesta fase o autor situa o declínio da tuberculose e da varíola e o desenvolvimento de um sistema de saúde com escopo ainda muito limitado (OMRAN, 1971, p. 169).

O terceiro e último período coincide com o regime demográfico “moderno” – *das doenças degenerativas e causadas pelo homem* – caracteriza-se por mortalidade em queda e fecundidade com papel mais dominante. Essa etapa é determinada por mudanças profundas no padrão de vida. A mortalidade continua a declinar e se estabiliza em um nível relativamente baixo, enquanto a expectativa de vida média ao nascer cresce gradualmente até ultrapassar os 50 anos.

Omran (1971, p. 166) admite a existência de três variações do processo de transição epidemiológica. O *modelo clássico*, representado por Suécia, Inglaterra e Gales, bem como grande parte dos países europeus industrializados; *modelo de transição acelerada*, representado pelo Japão; e o *modelo contemporâneo ou atrasado*, representado por países como Chile e Singapura. Além de admitir variações no padrão, no ritmo, nos determinantes e consequências da transição epidemiológica, a TTE têm como substrato outros quatro principais pressupostos, quais sejam:

1. A mortalidade é o fator fundamental que tem papel dominante na dinâmica populacional;
2. Durante a transição, uma mudança de longo prazo ocorre na mortalidade e no padrão das doenças, de forma que pandemias e doenças infectocontagiosas são gradualmente substituídas por uma predominância de doenças degenerativas;

3. As mudanças mais profundas em saúde e no padrão das doenças durante a transição se dão entre crianças e mulheres jovens;
4. As mudanças na saúde e no padrão de doenças que caracterizam a transição estão profundamente associadas com mudanças econômicas e sociodemográficas que fazem parte do processo de “modernização”.

Os determinantes da mudança do perfil de morbimortalidade – de doenças infecciosas para doenças degenerativas – são variados. Omran (1971) detalhou três classes de determinantes. Os determinantes biológicos da mortalidade indicam o equacionamento complexo entre agentes patológicos, o nível de hostilidade do ambiente e a resistência do hospedeiro. Os determinantes socioeconômicos, políticos e culturais incluem conceitos como padrões de vida, hábitos de saúde, higiene e nutrição. Por último, o desenvolvimento da medicina e saúde pública é o terceiro fator determinante da transição, no sentido da difusão de serviços de prevenção e cura de doenças, incluindo medidas sanitárias, imunização e desenvolvimento de terapias. No modelo clássico, os fatores biológicos e socioeconômicos foram fundamentalmente predominantes, enquanto nos países em desenvolvimento o fator de difusão de conhecimento médico e desenvolvimento da saúde pública foi fundamental.

A queda da mortalidade infantil entre 1850 e 1950 foi uma das componentes que influenciou sobremaneira o declínio em nível e tendência da mortalidade, e conseqüentemente, o crescimento populacional observado no mundo durante esse período. Segundo Deaton (2017, p. 191), esse descenso da mortalidade infantil não pode ser atribuída a novos tratamentos, como antibióticos, primeiro porque ocorreu bem antes que eles estivessem disponíveis, e segundo porque a introdução desses medicamentos não produziu alterações significativas no número de mortes relacionadas às doenças para as quais foram criados.

O impacto dos avanços da medicina no declínio da mortalidade e no aumento da expectativa de vida é ambíguo e discutido amplamente na História da Medicina, com repercussões e desdobramentos mesmo nas discussões contemporâneas. Conforme Witter (2007, p. 151), uma vertente mais “tradicional” da História da Medicina, representada por autores como George Rosen (1994), defendem a ideia de que os debates médicos e as descobertas da chamada “era microbiana” tiveram impacto significativo sobre a mortalidade. Essa perspectiva, no entanto, começou a ser seriamente questionada por autores como Foucault (2004), Illich (1974) e McKeown (1976), que mostravam que o impacto dos avanços médicos sobre a mortalidade até o final do século XIX não tiveram efeito determinante no declínio da mortalidade.

Foucault (2004), questiona o pensamento de que a medicina moderna surgiu como fruto de acúmulo do conhecimento médico, o que vai de encontro com a concepção de uma “história de progressos” de Rosen (1994). Para Foucault (2004), foi a partir do final do século XVIII e início do século XIX que ocorreu o momento de ruptura com a medicina antiga, em que os hospitais passam a ser locais de prática da clínica, e a concepção da origem das doenças se

transforma para encontrar lugar no corpo humano e não mais no ambiente².

Em uma visão mais pessimista dos impactos da medicina na melhoria das condições de saúde da população, Ilich (1974) sustentou que, na realidade, não haveria evidências suficientes de uma relação direta entre as mudanças no perfil de morbimortalidade que caracterizam a transição epidemiológica com o progresso da medicina, nem mesmo da intensidade de assistência médica com o aumento na esperança de vida.

A contribuição de McKeown (1976) foi demonstrar que para uma grande quantidade de doenças, as taxas de mortalidade já estavam caindo antes da introdução do tratamento específico, e continuaram a cair na mesma proporção após sua introdução. O autor argumenta que as fontes dos avanços na saúde foram o progresso econômico e social, e em particular melhores condições de vida e nutrição. A partir de uma série de estudos publicados, passou a defender o que se consolidaria na literatura como *tese de McKeown*³.

Em um primeiro trabalho, McKeown e Brown (1955) investigaram três possíveis causas para a redução da mortalidade por doenças infectocontagiosas na Europa: terapia médica específica; mudanças na relação entre a virulência⁴ do agente patogênico e seu hospedeiro e melhorias no ambiente. A primeira e a segunda hipóteses foram rejeitadas. Mudanças na virulência explicam parte pequena do declínio na mortalidade em algumas doenças específicas (como a escarlatina) e medidas terapêuticas do século XVIII não tinham efeitos quaisquer efeitos práticos na cura. Para os autores, as melhorias ambientais e nas condições de vida foram preponderantes para o declínio da mortalidade (MCKEOWN; BROWN, 1955, p. 126–141).

No trabalho seguinte, McKeown e Record (1962) argumentam que, com exceção da vacinação contra a varíola, “medidas médicas” de prevenção e cura não tiveram papel significativo na mortalidade antes do século XX. Atribuem, ainda, o declínio da mortalidade durante o século XIX em grande parte ao declínio da tuberculose (MCKEOWN; RECORD, 1962, p. 103). Neste trabalho, os autores aprofundam as conclusões sobre o declínio da mortalidade por causas.

As principais causas apontadas para o declínio da tuberculose anterior ao surgimento da vacina no início do século XX são a melhoria da nutrição e das condições de vida. Aliás, melhorias nos padrões de higiene – particularmente redes de água e esgoto e melhores hábitos pessoais de higiene – além de uma melhor dieta, são apontados como um dos fatores que também podem ter sido responsáveis por um declínio da mortalidade por doenças infecciosas anterior às descobertas da medicina (MCKEOWN; RECORD, 1962, p. 116).

As evidências encontradas ao longo de seu trabalho foram compiladas no livro *The modern rise of population* (1976), onde o autor também desenvolve uma classificação de doenças que considera os mecanismos de transmissão dos micro-organismos, contribuição fundamental

² “[O final do século XVIII e início do século XIX é] o momento em que o mal, o contranatural, a morte, todo o fundo negro da doença, em suma, vem à luz, isto é, ao mesmo tempo se ilumina e se suprime como noite, no espaço profundo, visível e sólido, fechado mas acessível, do corpo humano” (FOUCAULT, 2004, p. 215).

³ Para outros trabalhos que compõem a chamada “tese de McKeown”, ver também, McKeown, Brown e Record (1972) e McKeown, Record e Turner (1975).

⁴ A virulência, em termos simples, é a capacidade de um micro-organismo de produzir a doença e causar mortalidade (GORDIS, 2014, p. 22).

para estudos sobre a transição epidemiológica. Na proposta de classificação de McKeown, as doenças são divididas em classes: transmissíveis pelo ar, transmissíveis por água e alimentos, outras condições e não atribuíveis a micro-organismos. Em resumo, suas conclusões mais gerais podem ser enumeradas em três pontos principais:

1. O crescimento da população aconteceu primeiramente por um declínio da mortalidade por doenças infecciosas;
2. O declínio da mortalidade não foi influenciado pelas terapias e imunização até 1935, quando as sulfonamidas se tornaram disponíveis (MCKEOWN, 1976, p. 152);
3. A explicação mais aceitável para a redução na mortalidade e crescimento populacional precederem os avanços em higiene e medicina são uma melhoria na nutrição devido a maior disponibilidade de alimentos e do padrão de vida (MCKEOWN, 1976, p. 153).

Tais conclusões receberam muitas críticas e geraram intensos debates. Uma das controvérsias se deve ao fato de a relação entre melhorias nutricionais e crescimento populacional via redução da mortalidade ser ambígua. Livi-Bacci (1991, p. 19) nota que em várias áreas da Europa onde nenhuma melhoria nutricional significativa ocorreu, também houve crescimento da população. Esses ciclos de crescimento ocorreram, possivelmente, muito mais a uma variação da fecundidade e da nupcialidade do que a mortalidade propriamente dita. Alguns críticos, além de terem considerado as bases empíricas da tese de McKeown fracas, apontam como uma das falhas teórico-metodológicas a utilização de termos muito vagos, como “medidas médicas”, “padrão de vida” e “disponibilidade de alimentos” falhando em submeter as hipóteses a uma rigorosa análise de plausibilidade (COLGROVE, 2002, p. 727).

Para Colgrove (2002, p. 728), apesar de a maior parte das hipóteses de McKeown estarem superadas empiricamente, seu trabalho encontra ressonância até hoje no debate da transição da mortalidade porque sua pesquisa colocou uma questão fundamental: a saúde pública serve melhor ao atuar com intervenções direcionadas ou em esforços para atacar problemas sociais mais amplos redistribuindo os recursos sociais, políticos e econômicos que determinam a saúde das populações, exercendo profunda influência no nível de saúde da população?

Outra crítica importante se refere ao argumento de que o agenciamento humano teve pouca importância no declínio da mortalidade. Segundo Szreter (2002, p. 722), ao colocar uma ênfase exclusiva no efeito de uma “mão invisível” no padrão crescente de esperança de vida e na capacidade do crescimento econômico de disponibilizar alimentos para a maioria das pessoas como a principal fonte do declínio da mortalidade, McKeown argumentou em favor de uma baixa importância a todas as formas de intervenção socialmente organizada em relação à história da saúde pública.

Diferentes subgrupos da população como nativos e estrangeiros, homens e mulheres, ricos e pobres experimentaram perfis de mortalidade geral e por causas diferenciados, e o agenciamento humano tem papel fundamental na explicação de como os recursos que definem as

condições de vida são distribuídos de maneira heterogênea na população. A partir dessa problemática, Link e Phelan (1995) desenvolveram a Teoria das Causas Fundamentais de desigualdades em saúde (TCF), para interpretar e contextualizar diferenças entre grupos diversos da população e incluir no arcabouço teórico da transição epidemiológica os diferenciais de mortalidade. O argumento central dos autores é de que a transição de mortalidade não ocorre de maneira uniforme entre grupos sociais distintos e que a mortalidade por algumas causas está associada diretamente a uma desigualdade de oportunidades, condições de vida e recursos.

A TCF propõe uma mudança de enfoque do problema que McKeown se dedicou a responder. Enquanto a tese de McKeown buscava investigar as tendências de declínio no nível geral da mortalidade ao longo do tempo, TCF tenta explicar os gradientes entre subgrupos da população por meio da associação entre condições sociais como status socioeconômico com a saúde das populações. Na abordagem das causas fundamentais de saúde, a partir do momento que as populações desenvolvem tecnologias para evitar doenças e a morte prematura, a capacidade individual de se beneficiar dessas tecnologias é moldada pela distribuição de recursos como conhecimento, poder, prestígio e conexões sociais benéficas. Indivíduos com grande quantidade desses recursos estão suscetíveis a uma vantagem, isto é, a se beneficiar das medidas de agenciamento humano (LINK; PHELAN, 2002).

O acesso a alguns recursos como conhecimento, dinheiro, poder e prestígio, bem como relações sociais benéficas podem proteger determinados grupos sociais da exposição ao risco de morte e de serem atingidos por algumas doenças. Esse acesso desigual aos recursos resultaria, por exemplo, em experiências de mortalidade diferenciadas entre grupos de diferentes status socioeconômicos (LINK; PHELAN, 1995). Indivíduos mais pobres no século XIX, por exemplo, estavam mais propensos a viver em regiões ditas “insalubres”, em condições mais vulneráveis de exposição a riscos. Além do mais, mesmo nos casos das grandes epidemias – aquelas que atingiam ricos e pobres, a riqueza poderia determinar uma série de fatores que evitam a exposição dos ricos, como por exemplo, migrar para áreas não afetadas, nutrição e cuidados.

Uma rede complexa de fatores são responsáveis por condicionar – direta ou indiretamente – o estado de saúde das populações. Fatores que afetam diretamente a exposição em nível individual e agregado, como por exemplo estilo de vida e comportamento, características biológicas, demográficas e ambientais são considerados *determinantes próximos de saúde*. Fatores que afetam indiretamente a saúde da população, externos ao indivíduo ou ao grupo social, como fatores socioambientais, político-institucionais e culturais, são considerados *determinantes distais* do processo saúde-doença.

Dois conceitos que envolvem a TCF são cruciais para compreender a associação e as inter-relações que ligam os determinantes próximos aos problemas sociais mais abrangentes que afetam o estado de saúde da população: *contextualização dos fatores de risco* e *causas fundamentais*. Primeiro, a contextualização dos fatores de risco torna-se necessária para entender por que determinados grupos sociais estão mais expostos a um conjunto de fatores de risco ou fatores de proteção contra determinadas doenças. Essa linha de pensamento tenta compreender

quais os contextos que colocam os indivíduos em risco (LINK; PHELAN, 1995, p. 85).

A abordagem de causas fundamentais foi formulada originalmente para buscar associações persistentes entre uma variável independente específica (status socioeconômico, classe social, raça/cor, gênero, etc.) e variáveis dependentes (mortalidade, morbidade e saúde). Uma implicação dessa teoria é que as desigualdades em saúde resultantes de uma causa fundamental não podem ser erradicadas por meio de uma mudança nos mecanismos intervenientes, porque a persistência na desigualdade em acesso a recursos garantem que esses mecanismos sejam alterados. O impacto de longo prazo de uma causa fundamental só pode ser eliminada com uma redução na desigualdade de acesso a recursos.

Conforme a TCF, alguns mecanismos de desigualdade em saúde que causam disparidades no perfil de mortalidade podem se transformar ao longo do tempo. O caso do racismo nos Estados Unidos, abordado especificamente em Phelan e Link (2015), traz evidências de como os mecanismos de desigualdades, desde a escravidão até as Leis de Jim Crow e o estigma e isolamento social da população negra, podem ser alterados de forma que as desigualdades de acesso a recursos, inclusive recursos de saúde, persistam no tempo.

Nesse sentido, os autores argumentam que a liberdade pode ser considerada como um recurso, sendo a condição jurídica de escravo a ausência desse tipo de recurso que, no limite, significou acessos diferenciados à saúde e maior exposição ao risco de morte, traduzindo-se em diferenciais de mortalidade. Esse tipo de abordagem pode nos ajudar a revelar alguns aspectos da mortalidade em nossa sociedade escravista do século XIX, motivo pelo qual é necessário compreender as particularidades do passado brasileiro a partir das contribuições da Demografia Histórica brasileira, em especial dos estudos sobre escravidão.

1.2 Particularidades do passado brasileiro

Na Seção 1.2, acrescentamos elementos particulares para o estudo da mortalidade e da saúde em um período pré-transição demográfica e epidemiológica, especialmente no caso latino-americano e brasileiro. Estamos diante de um cenário de grandes epidemias, tensões entre médicos acadêmicos e a medicina tradicional dos curandeiros, desconfiança do papel dos hospitais enquanto instituições e incertezas com relação à origem das doenças. Além disso, o Brasil traz especificidades a serem consideradas, tais como a persistência da escravidão legal até 1888 e influência significativa dos movimentos migratórios na dinâmica populacional. Dessa forma, argumentamos que uma análise que lance luz sobre os diferenciais de mortalidade e morbidade entre a população escravizada e livre, brasileira e estrangeira ainda se faz necessária.

A partir das mudanças no controle das doenças infecciosas, adoção de medidas sanitárias, melhoria dos padrões de vida, hábitos e nutrição, a mortalidade materna, infantil e por problemas nutricionais declinaram ao redor do mundo (HORIUCHI, 1999). Muito embora esse esquema teórico represente o comportamento demográfico de grande parte dos países industrializados da Europa ocidental, desde o século XVIII e ao longo do XIX, aqueles em desenvolvimento

não experimentaram a mesma dinâmica.

Os modelos esboçados por Omran (1971) (modelo clássico, acelerado e atrasado), de certa forma, admitem que os países em desenvolvimento apresentam comportamento divergente do experimentado pelos países europeus, quanto ao momento de início da transição e quanto ao ritmo em que cada país enfrenta as diferentes etapas. No entanto, o pressuposto por trás desse modelo permanece o de que os países passam por uma transição linear e unidirecional, como uma forma de progresso rumo ao controle das doenças infecciosas em uma sociedade “moderna”.

A primeira particularidade dos países latino-americanos, mas do Brasil em especial, é que essa evolução linear esperada pelo modelo de Omran (1971) não se aplica de maneira estrita. Aliás, para Frenk et al. (1991), mesmo em uma região relativamente homogênea como a América Latina, os dados apontam uma situação bastante mais complexa que a usualmente reconhecida sobre a transição epidemiológica, de forma que os autores propõem a elaboração de um novo modelo de transição epidemiológico que compreenda as particularidades desses países.

Enquanto alguns países como Cuba, Costa Rica e Chile encontram-se em uma etapa bastante avançada em termos da transição epidemiológica, seu ritmo de transição – a partir da primeira e da segunda metade do século xx – se deu com um atraso considerável em relação aos países europeus, o que os classificaria segundo a proposta de Omran (1971) no “modelo atrasado” de transição. Países como Haiti, Bolívia e Peru, por outro lado, encontram-se ainda em uma etapa inicial de transição, com taxas de mortalidade infantil elevadas e seu padrão de morbidade dominado por infecções comuns e desnutrição (FRENK et al., 1991).

Os casos do México e do Brasil, para Frenk et al. (1991), são experiências particulares que teriam enfrentado um novo modelo de transição chamado *modelo polarizado prolongado*. O primeiro traço distintivo da transição epidemiológica característica desses países é a *sobreposição de etapas*. Enquanto a teoria original sugere uma sequência linear e unidirecional no sentido da diminuição da dominância de doenças infecciosas, os países de transição polarizada prolongada apresentam uma sobreposição das etapas em que tanto as doenças infecciosas quanto as causas não transmissíveis de morte mantêm grande importância absoluta e relativa.

Outro elemento particular para compreender a dinâmica da morbimortalidade nesses países é a possibilidade de existência de contra-transições e movimentos de contra-fluxo no sentido de retorno da influência de doenças infecciosas. Velhos problemas de acesso à saúde persistem e muitos países latino-americanos parecem estagnados em uma situação de morbimortalidade mista, na qual segue havendo uma grande incidência de doenças infecciosas sem que se chegue ao predomínio das doenças crônico-degenerativas.

A última característica destacada por Frenk et al. (1991) é referente à denominada *polarização epidemiológica*. Trata-se do fato de as características anteriores não afetarem igualmente os diferentes grupos sociais e regiões geográficas. Pelo contrário, nos países da América latina, é fundamental incluir a desigualdade em saúde no equacionamento da transição epidemiológica. A polarização epidemiológica, portanto, se refere a existências de diferenciais no tipo

de doenças que atingem os diferentes grupos sociais. A heterogeneidade da América Latina em matéria de saúde, portanto, não ocorre apenas entre os países, mas dentro deles. A persistência das desigualdades, segundo os autores, explica parte do caráter prolongado da transição. Ainda na contemporaneidade, a população rural pobre enfrenta morbidade pré-transicional, enquanto habitantes urbanos de cidades mais desenvolvidas experimentam um perfil de morbidade pós-transicional.

No Brasil, a Transição Epidemiológica de fato não tem ocorrido de acordo com a interpretação clássica. Prata (1992, p. 171), a partir de uma análise do perfil epidemiológico da mortalidade no Brasil analisou os diferenciais da mortalidade proporcional por causas de morte em grandes regiões brasileiras desde 1930 até 1985. Uma de suas conclusões é que na década de 1930, as doenças infecciosas constituíam-se como a primeira causa de morte em todas as regiões. Elas correspondiam a 60% das mortes no Norte, 49% no Nordeste, 43% no Sudeste, 40% no Centro-Oeste, 39% na região Sul. Enquanto isso, as causas externas tinham menor relevância, ao contrário do observado para o período mais recente.

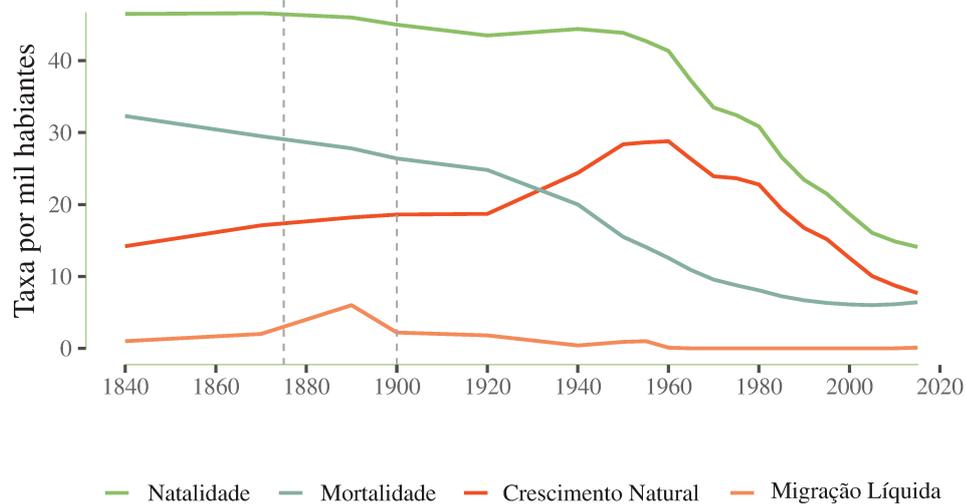
Outra conclusão instigante do autor é a evidência do padrão que Frenk et al. (1991) definiram como sobreposição de etapas, com claros contrastes entre as regiões brasileiras, com incidência maior de doenças infecciosas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (PRATA, 1992, p. 172). Adicionalmente, levanta-se a hipótese de existência dos mesmos contrastes em escala intra-regional e entre subgrupos populacionais submetidos a condições de vida diferenciadas. Dado o importante peso das desigualdades regionais para compreensão da realidade brasileira, Prata (1992, p. 174) ressalta que “mudanças no modelo de desenvolvimento, no estilo de vida e no comportamento assumem importância para a Saúde Pública, estando os pobres em desvantagem com relação aos ricos quanto ao risco concomitante do perfil de mortalidade do atraso e da modernidade”.

Schramm et al. (2004) apontam que velhos e novos problemas de saúde pública coexistem, com as doenças infectocontagiosas ainda tendo um peso importante frente as doenças degenerativas. As autoras, também investigando as diferenças no padrão epidemiológico no Brasil em grandes regiões, aplicam um indicador de saúde para estudos de morbidade e carga de doenças no Brasil. Destacam, além da sobreposição de etapas no caso brasileiro – nas quais predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas – a reintrodução de doenças como dengue e cólera, o fenômeno de recrudescimento de outras doenças infecciosas como a malária, hanseníase e leishmanioses, que revelam a característica de contra-transição. Evidências no sentido de confirmar a hipótese de polarização epidemiológica também são apresentadas, com existência de diversas situações epidemiológicas distintas e contrastantes.

A história da dinâmica demográfica brasileira a partir dos primeiros levantamentos censitários pode ser sintetizada em quatro períodos principais (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2014, p. 81). No primeiro, do final do século XIX até 1930, a população apresentou taxas de mortalidade e natalidade elevadas, com crescimento populacional significativo devido à intensa migração internacional, uma de suas principais características. A Figura 1 mostra a evolução

dos componentes da dinâmica demográfica brasileira, onde vale destacar que a mortalidade até o final do século XIX declinou lentamente e a migração teve seu efeito mais significativo.

FIGURA 1 – Componentes da dinâmica demográfica brasileira, 1840–2020



Fonte: Adaptado de Camarano, Kanso e Fernandes (2014), com dados extraídos de Merrick e Graham (1979) para o período de 1840 a 1950 e United Nations (2019) para o período de 1950 em diante.

A entrada de estrangeiros no país foi expressiva até 1930, atingindo o seu máximo na última década do século XIX. Estima-se que, entre 1890 e 1930, 3,5 milhões de imigrantes entraram no país. A taxa de crescimento populacional alcançou o seu valor máximo na última década do século XIX, 2,3% a.a, devido ao aumento da taxa líquida de migração, que alcançou o seu mais alto valor no período, 0,6% a.a. (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2014, p. 84)

Esse processo migratório, constituído em grande parte por italianos, portugueses, espanhóis, alemães e austríacos, insere-se no contexto das grandes migrações do século XIX, resultante da inserção do Brasil como país agroexportador e grande produtor de café. Aliás, essa migração internacional causou várias mudanças demográficas diretas e indiretas, quais sejam: alterações na composição, no ritmo do crescimento e em sua distribuição espacial e mesmo segregação de subgrupos da população.

As alterações na composição não se limitaram à distribuição por idade e sexo, mas também resultaram em mudanças na composição étnica da população brasileira. Em 1872, 51,6% da população brasileira era formada por homens, proporção que decresceu em 1890 e voltou a subir em 1900, provavelmente devido ao maior fluxo migratório e o caráter extremamente seletivo da migração, em que predominavam os homens em idade ativa. Pelo efeito direto da incorporação desses homens jovens, somado ao efeito indireto da contribuição dos filhos desses imigrantes para o incremento da população brasileira, também é possível observar um rejuvenescimento da população. Entre 1872 e 1940, a população adulta (de 16 a 60 anos) aumentou

sua parcela no total de 36,5% para 51,8%. Consequentemente, também pode-se notar um leve decréscimo da parcela da população acima dos 60 anos e incremento nas faixas mais jovens. Por fim, a proporção de pretos e pardos passou de 42,2% para 21,2% no período (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2014, p. 87–88).

Muito do que se sabe sobre o período pré-transicional brasileiro se deve à historiografia da escravidão que, segundo Mattos (2008), acabou se enveredando por dois “territórios” distintos. Um primeiro caminho, iniciado com as pesquisas de Maria Yedda Linhares e Alice Canabrava, revelou a diversidade da sociedade escravista com novas fontes, dando atenção ao estudo da estrutura de posse de escravos sob uma perspectiva econômica. Essa linha de pesquisa desembocou no campo da história demográfica e da família. O uso de registros de batismo, casamento e óbito de escravos ampliaram o conhecimento sobre as questões clássicas de demografia histórica, como família e composição das escravarias (MATTOS, 2008, p. 53). Um segundo caminho, representado pelas contribuições da História Social e Cultural, consolidou-se pelos estudos que desenvolveram a ideia de atividade autônoma (*agenciamento*) da população escravizada estudando, por exemplo, alforrias, ações de liberdade, processo de tutela e processos-crime.

Um dos trabalhos pioneiros da demografia histórica brasileira foi o de Marcílio (1973), influenciado pelas possibilidades trazidas com a metodologia de reconstituição de famílias de Louis Henry e fruto da tese de doutorado defendida na *Université Paris-Sorbonne* em 1967. Neste trabalho, a autora utilizou os registros paroquiais da Sé, listas nominativas de habitantes (os chamados *maços de população*) e os mapas de população para a capital no período que abrange a segunda metade do século XVIII e primeira metade do século XIX. Diante das limitações e questionamentos sobre a plausibilidade das informações para a população escravizada, a análise de Marcílio (1973) reservou-se a apresentar os resultados para a população livre.

A mortalidade infantil foi bastante elevada na cidade de São Paulo no período, da ordem de 200 óbitos por mil nascidos vivos. Em relação ao nível da mortalidade geral, a autora calcula uma taxa bruta da ordem de 54,4 por mil habitantes no século XVIII e uma mortalidade de 46 por mil habitantes na primeira metade do século XIX. Esse resultado, em grande parte, é atribuído ao impacto das grandes epidemias e à mortalidade por doenças relacionadas à gravidez, parto e puerpério.

Dois trabalhos de Iraci Del Nero da Costa (1976, 1979) também se constituíram como um dos primeiros a utilizar os métodos e técnicas da demografia histórica para o estudo da mortalidade no passado brasileiro. Em Costa (1976), explora-se alguns aspectos da mortalidade e da morbidade em Vila Rica (atual Ouro Preto), no período entre 1799 a 1801. O material provém do assentamento de óbitos a freguesia de Nossa Senhora da Conceição de Antônio Dias, uma das duas existentes em Ouro Preto. O curto recorte temporal em que se analisam os óbitos se deve ao fato de que somente durante esse período foram registrados com causa de morte declarada.

Nesse sentido, discute-se os diferenciais de morbidade e mortalidade entre os grupos mais significativos daquela sociedade colonial, quais sejam: escravos, forros e demais homens livres. Escravos representavam 48% dos óbitos de adultos. Confrontando os dados com os

levantamentos populacionais de Vila Rica e Minas Gerais, a taxa de mortalidade dos negros seria aproximadamente 20% mais alta do que a dos demais grupos de cor, como os brancos livres. Muito embora o diferencial por cor se mostrasse pronunciado, o resultado entre livres e escravos foi inconclusivo, fato pelo qual o autor atribuiu a junção dos forros à categoria dos brancos livres. Quanto à mortalidade infantil, 60,0% a 68,6% das mortes de crianças ocorreram antes do primeiro ano de vida. Mais que isso, um “gradiente de mortalidade” foi identificado de acordo com a condição de legitimidade; as crianças expostas eram as de menores probabilidades de sobrevivência, seguidas das escravas, seguidas das “bastardas livres” (COSTA, 1976, p. 120).

Quando compara aos dados de Marcílio (1973), Costa (1976, p. 123–124) observa que doenças infecciosas jogam um papel de menor realce em Vila Rica do que em São Paulo, por influência da tuberculose pulmonar. A importância relativa das doenças do aparelho digestivo também marca uma diferença da população mineira para a paulista. As diferenças entre estudos de Minas Gerais e São Paulo tem como algumas das razões as condições geográficas e de trabalho. O ambiente cultural, hábitos de higiene e alimentação aliado ao momento histórico de decadência econômica, compuseram o quadro explicativo da predominância de doenças infecciosas e do aparelho digestivo. Em termos de morbidade, o autor destaca não haver diferenças significativas entre grupos sociais, com grupos relativamente homogêneos entre elas no que diz respeito à incidência e o peso relativo das doenças.

O elemento distintivo fundamental fica, assim, escamoteado, se analisarmos apenas as doenças e sua distribuição entre as camadas sociais. Aparece quando se toma em conta a relação entre as taxas de mortalidade dos diversos grupos. Verificou-se, tanto para adultos quanto para crianças, ser a condição social ou de cor – que se confundiam em larga escala no período colonial – decisiva para explicar a desproporcionalidade entre os pesos relativos dos grupos sociais na população viva, de um lado, e no conjunto dos mortos por outro (COSTA, 1976, p. 125).

Em outro trabalho considerado clássico da Demografia Histórica, Marcílio (1986) buscou reconstituir a história demográfica e social da vila de Ubatuba utilizando como fontes as listas nominativas e mapas de população. Recupera-se a dinâmica econômica da vila, a organização interna de sua economia e inter-relação com outras economias como a de Santos. Além disso, recupera-se os aspectos demográficos como nupcialidade, dimensão da família, fecundidade e mortalidade. Entre os aspectos ressaltados no que diz respeito à mortalidade, a alta mortalidade infantil, o pequeno diferencial entre a população escravizada e livre e o predomínio de doenças infecciosas como disenterias e febres, que revelam uma condição sanitária deficiente da população ao longo do período.

Para o Rio de Janeiro, Marcílio (1993) contextualizou as condições sanitárias da cidade imperial e calcula os níveis de mortalidade e mortalidade diferencial entre livres e escravos. A cidade do Rio de Janeiro é um caso particular dos estudos de mortalidade para o Brasil até 1900 por apresentar uma mortalidade elevadíssima e constantemente maior do que a natalidade. Não obstante a população da Corte crescesse constantemente devido à imigração e importação

de população escravizada, a autora encontrou uma série de condições que considera propícias para um quadro de morbidade muito elevada, com a presença de dezenas de surtos epidêmicos ao longo de todo o século XIX. Em especial a partir das epidemias de febre amarela de 1850, a política de saúde do Império se concentrou na criação de comissões de Saúde Pública, criação de hospitais de isolamento, inspeções e criação de serviços gratuitos de assistências aos pobres.

Essas medidas se mostraram, todavia, ineficientes. Um acelerado crescimento demográfico e o processo de expansão do núcleo urbano da Corte trouxe em seu bojo uma série de problemas de saúde pública que não puderam ser controlados pelas próprias condições de desenvolvimento da medicina e pelas medidas governamentais. Alguns desses problemas, por exemplo, refletiram-se na formação de cortiços, no abastecimento de água e sistema de esgoto ainda incipientes, bem como abastecimento de alimentos problemático que contribuíram para o desenvolvimento de uma série de doenças como a tuberculose (MARCÍLIO, 1993, p. 57).

A mortalidade infantil na Corte do século XIX foi extremamente elevada. Em 1859, Marcílio (1993, p. 59) calculou uma taxa de 359 óbitos por mil nascidos vivos. Para o ano de 1877, a taxa de mortalidade infantil foi da ordem de 604 óbitos por mil. Ainda, 60% ou mais dessas crianças não chegavam a cinco anos de idade, com grande impacto das febres e das disenterias no meses de verão. Ao lado das taxas elevadas de mortalidade infantil e dos surtos epidêmicos de cólera, febre amarela e varíola, a doença que mais matou os habitantes do Rio de Janeiro foi a tuberculose pulmonar.

Com o mesmo objetivo de trazer subsídios ao estudo da mortalidade e seus diferenciais entre a população livre e escravizada, Slenes (1976) estimou, com o uso de técnicas de análise demográfica, a esperança de vida ao nascer da população escravizada e livre em Campinas da segunda metade do século XIX até o fim da escravidão legal. Por meio de informações extraídas de inventários *post mortem*, matrículas de escravos e fontes complementares, Slenes (1976) comparou suas estimativas de esperança de vida ao nascer com as de Arriaga e Davis (1969) para o Brasil como um todo em 1872 e 1900. Arriaga e Davis (1969) estimaram uma esperança de vida de 27,1 anos de idade para homens e 27,6 para mulheres em 1872, e uma esperança de vida de 31,4 e 32,5 anos, respectivamente para 1900. As estimativas de Slenes (1976) para a população escrava estão ajustadas entre os níveis 1 e 4 da tábua-modelo *West*, que correspondem a uma mortalidade elevada, com esperança de vida ao nascer de 25 anos.

Slenes (1976, p. 235) destaca que em São Paulo, a mão de obra escravizada foi utilizada intensamente até o fim da escravidão, quando se promoveu a imigração europeia. Mais ainda, os senhores de escravos continuaram a ser investidores de longo prazo nesse mercado, comprando escravos jovens até as décadas de 1870 e 1880, quando o pessimismo acerca do futuro da escravidão derrubou os preços de forma severa. No período pós-1850, as evidências para Campinas indicam que, no geral, os fazendeiros estavam preocupados com a saúde dos escravos. Uma das manifestações dessa preocupação foi prover tratamento médico adequado, despesas com remédios e visitas médicas figuravam em alguns relatórios de administradores (SLENES, 1976, p. 354). Além do mais, existem evidências de provisões para escravos doentes

que foram enviados para a cidade de Campinas – ou para as residências urbanas dos fazendeiros ou para hospitais públicos e privados da cidade (SLENES, 1976, p. 355).

Vale ressaltar que uma maior intensidade de cuidados e gastos com tratamento não significou uma redução no nível da mortalidade da população escravizada. Dado o conhecimento e a prática médica disponível à época, muitos dos tratamentos poderiam provocar pouco ou nenhum efeito sobre os níveis de mortalidade. Em conformidade com a *Tese de McKeown*, Slenes (1976, p. 356) argumenta que melhorias significativas na dieta e no tratamento de escravos doentes ou mulheres grávidas tiveram efeito mais significativo na redução da mortalidade do que muitos tratamentos que poderiam, inclusive, agravar a própria doença.

To be sure, an increase of medical care, given the knowledge and practice of medicine at time, would have caused little or no decline in mortality levels. At best, the medicine of the time was harmless, but probably not very effective (SLENES, 1976, p. 356).

De fato, outra particularidade desse momento envolve os debates médicos sobre a possível origem das doenças, além do fato de que os hospitais eram conhecidos como lugares onde se ia para morrer, preferindo a população, muitas vezes, procurar auxílio de curandeiros e outros tipos de práticos das “artes de curar”⁵. De um lado, a teoria miasmática de origem das doenças dizia que os surtos epidêmicos eram causados pelo estado da atmosfera, isto é, pelos *miasmas*. Por outro lado, a teoria do *contágio* atribuía aos contágios específicos as únicas causas de infecções e de doenças epidêmicas. Existiu, ainda, uma terceira visão, que conciliava as duas teorias. Até a última parte do século XIX, quando se esboçava a teoria microbiana das doenças, a popularidade da visão miasmática por meio dessa terceira via chegou ao seu auge de aceitação na comunidade científica (ROSEN, 1994, p. 223).

Ainda, a elevada mortalidade da população escravizada no Brasil em geral pode ser atribuída mais a um reflexo da pobreza, má nutrição e serviço de saúde inadequados do que às condições impostas pelo cativeiro. Segundo Slenes (1976, p. 368), os escravizados quando comparados à população em geral diferiam mais no nível de fecundidade do que em mortalidade.

Alguns estudos se dedicaram a aprofundar a relação entre saúde, mortalidade e migração no contexto do período de “imigrações de massa” do final do século XIX. Castro, Scarano e Aissar (1993) analisaram os atestados de óbito do município de Rio Claro no período entre 1875 a 1930, com enfoque nos filhos de trabalhadores pretos e brancos estrangeiros de 0 a 10 anos. As autoras identificam uma mortalidade de filhos de estrangeiros concentrada nas faixas de 1 a 5 anos de idade, atribuindo esse resultado aos primeiros anos de adaptação a um ambiente subtropical e novo, diferente daquele de onde vieram, com precárias condições de higiene e de vida. Nesse grupo de idade, a mortalidade foi maior nos filhos de trabalhadores brancos, as doenças infecciosas predominaram e foram mais comuns nos meses de verão.

⁵ Para uma discussão sobre as práticas médicas em Campinas no século XIX e o relativo prestígio dos curandeiros, ver Xavier (2003).

Na hipótese trabalhada pelas autoras, os problemas de “adaptação ao meio” enfrentados por estrangeiros foram significativamente maiores do que o dos filhos de “trabalhadores de cor” – escravos e livres, africanos e crioulos – mesmo que as condições de vida desse segmento fossem ainda piores. Por um lado, o imigrante enfrentava graves problemas com as variações climáticas, falta de resistência a certas doenças e alteração de hábitos alimentares (CASTRO; SCARANO; AISSAR, 1993, p. 607). Por outro lado, os maus hábitos alimentares e o “abandono dos pretos, tanto mais velhos quanto mais jovens, sobretudo após a Abolição”, refletiam as piores condições que determinavam uma mortalidade mais elevada no primeiro ano de vida.

Por meio dos registros de óbitos de Rio Claro, Mandarino (2014) investigou as condições de vida da população negra no contexto das intensas transformações no mundo do trabalho com o fim da escravidão. O autor divide sua análise em dois principais momentos: de 1875 a 13 de maio de 1888, com as políticas de emancipação gradual dos escravizados; e de 14 de maio de 1888 a 1930, com mudanças sensíveis nas condições de higiene, saneamento, alimentação e acesso aos serviços de saúde. Identifica-se, de maneira ainda mais pronunciada para o período anterior à Abolição, uma presença marcante de doenças infecciosas relacionadas às condições de higiene e alimentação. As crianças, como reflexo, sofriam de doenças infecciosas do aparelho digestivo e respiratórias. Os adultos, sobretudo, morriam de doenças relacionadas a esforço excessivo e trabalho, grande exposição ao sol e chuva e contato com pessoas doentes (MANDARINO, 2014, p. 115).

No final do século XIX, a sociedade brasileira apresentava sinais visíveis de enriquecimento, principalmente devido à expansão da lavoura cafeeira no sudeste e ao crescente comércio internacional. Para Singer, Campos e Oliveira (1981, p. 105), foram características marcantes dessa fase a queda dos coeficientes de mortalidade por algumas causas no Rio de Janeiro, onde o fato foi registrado estatisticamente, bem como o aparecimento das doenças infecciosas em proporção importante; ocorreram também expansão das atividades sanitárias, sua reorganização e uma tendência à centralização do processo decisório na área da saúde. Finalmente, pode-se observar a penetração progressiva dos novos conceitos de medicina científica, inicialmente através da criação dos institutos de pesquisa e posteriormente, da instalação de novas escolas médicas.

Muito embora a mortalidade tenha sido abordada nesses primeiros trabalhos, essa variável demográfica continua uma incógnita para grande parte das cidades brasileiras. Ao fazer um balanço da produção e das linhas de pesquisa em demografia história no Brasil, Marcílio (1997, p. 135) apontou que os estudos sobre doenças, saúde e morte não eram muito frequentes na demografia histórica brasileira, apesar da riqueza de temáticas propostas pela área. Apesar da existência de trabalhos pontuais tratando de epidemias específicas para as cidades brasileiras, pouco se conhecia sobre as epidemias mais mortíferas que atacaram a população brasileira como o cólera e a febre amarela; sobre as condições sanitárias das maiores cidades do século XIX; as políticas públicas de saúde e sobre as curvas e as causas da mortalidade geral e diferencial. Retomando crítica semelhante à produção da demografia histórica brasileira, ainda que se tenha avançado muito na compreensão da mortalidade das populações do passado, o recorte temporal

para além da primeira metade do século XIX até início do XX restringiu-se em grande parte aos estudos sobre a migração internacional e a população escrava (BACELLAR; SCOTT; BASSANEZI, 2005, p. 345). Como consequência, ao avançar para o início da *era estatística*, inaugurada pelo Recenseamento do Império do Brasil de 1872, entramos em uma área pouco explorada em termos da dinâmica da morbimortalidade.

Por fim, as contribuições da demografia histórica revelaram a existência de uma série de comportamentos demográficos repletos de particularidades e o conhecimento sobre as populações no período pré-transicional teve implicações no desenvolvimento da teoria demográfica e em sua interpretação. Esse território se apresenta com uma rica quantidade de documentos massa documental considerável a ser utilizada para compreender o comportamento das variáveis demográficas.

CAPÍTULO 2

CAMPINAS ATÉ O FINAL DO SÉCULO XIX

Neste capítulo, buscamos contextualizar o recorte geográfico e temporal da pesquisa, com a investigação de como se deu o processo de crescimento populacional e econômico experimentado por Campinas durante o século XIX. Respondemos a algumas perguntas iniciais: Como a maior população escravizada da província de São Paulo passou pelas intensas transformações no mundo do trabalho? A composição de sua população total mudou com os grandes fluxos migratórios para o trabalho na lavoura de café? A quais atividades econômicas sua população se dedicava? Quais as preocupações da municipalidade no que tange à saúde pública, controle de epidemias, higiene e saneamento e qual o papel das instituições filantrópicas no cenário das grandes epidemias? Em que contexto se desenvolveu a estrutura dos primeiros hospitais de Campinas?

Na Seção 2.1, retomaremos os primórdios da localidade e a elevação à Vila de São Carlos. Destacamos a evolução econômica da região com a cultura de cana-de-açúcar e posteriormente o café, que propiciou a expansão de serviços urbanos e a industrialização. Alguns aspectos demográficos do município também se constituem como ponto de partida da análise. Em primeiro lugar, é importante caracterizar sua população escravizada – a maior da província – em termos de estrutura etária, atividades econômicas que desempenhavam e outras características. Em segundo lugar, discutimos os fluxos migratórios de estrangeiros e suas características, considerando as possíveis implicações desses fluxos nas estimativas de mortalidade.

Com a expansão do núcleo urbano e crescimento de sua população, surgem problemas tipicamente urbanos como falta de higiene e “salubridade urbana”. A partir disso, proliferaram com rapidez as doenças infectocontagiosas que castigaram a cidade no século XIX. Na Seção 2.2, discutimos as saídas tomadas tanto pelas autoridades municipais e provinciais quanto pela população para lidar com as epidemias, como a criação dos hospitais filantrópicos financiados pela elite cafeeira da cidade e da criação das companhias de água e esgoto, entre outros chamados “melhoramentos urbanos”. A Seção 2.3 é dedicada a um breve histórico das Santas Casas de Misericórdias brasileiras.

2.1 Crescimento econômico e populacional

As origens do povoamento de Campinas remetem ao fim do século XVIII, quando era somente um bairro rural da comarca de Jundiá, sob o nome de Campinas do Mato Grosso. Em 1767, a área contava com apenas 40 famílias de agricultores de gêneros de subsistência como milho e feijão⁶. Em 1774, a região foi elevada à Freguesia de Nossa Senhora da Conceição das

⁶ Para o período inicial do povoamento, ver Pupo (1969, p. 76): O ciclo do milho é o ciclo do roceiro. Com exceção de três proprietários, [...] os demais trabalhavam em terras alheias, terras devolutas. Mesmo os senhores de escravos tinham vida modesta.

Campinas do Mato Grosso com uma população de aproximadamente 500 pessoas. Entre elas, há apenas três agricultores dedicados ao cultivo de cana para produção de aguardente (EISENBERG, 1989, p. 327).

A disseminação do açúcar se deu por diversos motivos, entre eles, as altas no mercado interno e externo. Primeiro, a desorganização do mercado mundial devido à revolução na colônia de Santo Domingo em 1791 fez com que suas exportações se interrompessem, pressionando a alta do preço no mercado europeu. Segundo, a alta do mercado interno devido à vinda da Corte Portuguesa e dos imigrantes em 1808, que aumentou a demanda pelo produto consideravelmente (EISENBERG, 1989, p. 347). Quando foi elevada à condição de Vila de São Carlos, em 1797, Campinas já havia instalado a indústria açucareira e a maioria de sua população constituía-se de pequenos agricultores dedicados aos gêneros de subsistência (MENDES, 1951, p. 124).

No início do século XIX, a Vila de São Carlos voltou seus esforços para a cana de açúcar. A grande lavoura conviveu com as culturas de gêneros de subsistência. Mesmo os pequenos agricultores acumularam capital e aqueles que tiveram condições montaram seu engenho (MARTINS, 1996, p. 227). A cultura de subsistência contou com gêneros diversos como milho, feijão, algodão, arroz e toucinho e uma rede de comércio integrada com outras regiões de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro (DANIELI NETO; CELIA, 1996, p. 107).

A economia açucareira produziu efeitos profundos na população da Vila de São Carlos na primeira metade do século XIX. Os recenseamentos estudados por Eisenberg (1989, p. 358) mostram que a população entre os anos de 1803 a 1824 cresceu de 3.741 para 8.543 habitantes – um aumento de 128,4%. A população livre se manteve praticamente constante nesse período enquanto a escrava continuou a crescer até que a superasse em 1829.

As primeiras plantações de café se fizeram notar no início do século XIX na cidade do Rio de Janeiro, por onde penetrou o interior paulista por volta de 1830 e chegou à região de Campinas menos de duas décadas depois⁷. Segundo Warren Dean (1975, p. 9), um dos principais fatores de êxito do café no Oeste Paulista foram as condições de clima e solo mais adequados à medida que avança no interior do Estado.

Campinas foi elevada à categoria de cidade em 1842, por decreto do Barão de Monte Alegre. Ocorre simultaneamente um processo de transformação para a cultura cafeeira, financiada em boa parte pela atividade canavieira já existente, pelo comércio e por cafeicultores de outras regiões. Essas duas transformações na cidade – política e econômica – trouxeram oportunidades de desenvolvimento para o município. A propagação das plantações de café em Campinas foi facilitada por pelo menos três motivos: disponibilidade de mão de obra proveniente da tradição agrária do açúcar, disponibilidade de grandes porções de terra para expansão com incorporação de técnicas agrícolas e comercialização que tornaram a adaptação dos engenhos

⁷ O Vale do Paraíba experimentou expressivo crescimento econômico acompanhado de crescimento demográfico ao longo do século XIX. Para essa região e período, Marcondes (1998) investiga as formas de acumulação de riqueza de cafeicultores, fornecedores de crédito, bem como de produtores de cana e derivados.

em fazendas de café viável (LAPA, 1996, p. 18).

O crescimento do complexo cafeeiro se deu durante toda a segunda metade do século XIX, e em 1872 a cidade se tornou uma das mais importantes da Província, apresentando-se entre as rendas municipais mais elevadas decorrente da acumulação de riqueza gerada pela produção agrícola. Há uma relação entre o crescimento da produção cafeeira e o crescimento populacional em Campinas em meados do século XIX, especialmente até 1874. Até esse ano, a população escrava acompanhou o aumento da população total do município, sugerindo grande demanda de mão de obra para a lavoura.

Notemos que escravos foram parte considerável da população brasileira e esse fenômeno foi ainda mais evidente em Campinas, que possuía o maior contingente escravo da Província. A população escrava do Brasil compunha aproximadamente 15,8% da população total em 1874, população que declinou em 38,5% até 1887 (CONRAD, 1975, p. 345). Tal declínio da população escrava se deu com aumento crescente da população livre ao longo do século XIX, decorrente da imigração, da reprodução natural, bem como da emancipação de escravos (EISENBERG, 1989, p. 224). Para Campinas, José Francisco de Camargo (1981) levanta dados que permitem observar a relação entre a trajetória da população do município e produção da café, sintetizados na Tabela 1:

TABELA 1 – Produção de café e crescimento da população em Campinas (1836-1900)

	Produção de café (em @)	População total	População escravizada
1836	8.081	6.689	3.917
1854	335.550	14.201	8.190
1874	–	31.397	13.685
1886	1.500.000	41.253	9.986
1896/1898	987.500	–	–
1900	–	67.694	–

Fonte: Dados extraídos de Camargo (1981) e Semeghini (1988).

Para anos posteriores a 1874, a comparação entre a população e a produção de café torna-se mais limitada, devido ao descasamento entre os dois dados. No entanto, admite-se que a tendência da produção da café para Campinas foi mantida praticamente constante, com sinais de envelhecimento dos cafeeiros ao longo do período, enquanto a população cresceu quase quatro vezes, ainda que seriamente abalada pelos surtos da febre amarela do último quartel do século XIX.

A riqueza gerada pelo sistema de grande lavoura em Campinas atraiu um número crescente de livres, libertos e cativos de outras regiões e províncias, principalmente a partir da década de 1870 (MOURA, 1998, p. 119). O sistema demandou atividades especializadas para dar suporte à produção de café, como indústrias de maquinarias para beneficiamento de grãos e transportes.

Danieli Neto e Celia (1996, p. 109), que estudam a dinâmica urbana de Campinas, apontam para o fato de que as atividades comerciais se desenvolveram inicialmente para atender as demandas da produção cafeeira posteriormente, desenvolveram-se as atividades comerciais não somente voltadas para os negócios afins à cultura cafeeira, como também o comércio e produção de bens de consumo.

Foi graças à mobilização de capital cafeeiro e para suprir suas necessidades que a infraestrutura urbana de Campinas sofreu modificações reafirmando a relação entre a economia agroexportadora e as transformações no mundo urbano, que já era considerado razoavelmente grande em meados da década de 1860. O período que abrange os anos de 1870 a 1900 guarda as mudanças sensíveis no mundo urbano, que são importantes para compreender os atores que nele viveram: a aceleração do processo de urbanização e a industrialização.

FIGURA 2 – Vista parcial da cidade de Campinas, 1890



Fonte: Coleção João Falchi Trinca. Acervo do Centro de Memória da Unicamp (CMU).

Empreendimentos dos mais diversos começaram a surgir financiados pelos grandes fazendeiros de Campinas na década de 1870. O comércio foi marcado pela importância dos mercados da cidade, como o Mercado das Hortaliças, datado de 1871, criado para abrigar verdureiros e quitandeiras, em uma relação do mundo urbano com o mundo rural⁸. O primeiro hospital filantrópico, a Santa Casa de Misericórdia, é fundado em 1872 para atender primordialmente os mais pobres. Também é inaugurado o trecho Campinas-Jundiaí da Companhia Paulista de Estradas de Ferro. Em 1875, é fundada a Cia MacHardy, indústria de maquinário para beneficiamento de café. No mesmo ano, também é criada a Cia Campineira de Iluminação à Gás e inaugurado o trecho Campinas–Mogi-Mirim da Companhia Mogiana.

⁸ Sobre o comércio de abastecimento na cidade de Campinas, ver Martins (2006) e Martins (2010).

A disseminação das máquinas de beneficiamento e a construção das ferrovias tiveram grande influência sobre o desenvolvimento da região. Primeiro, as máquinas de beneficiamento permitiram que o café da região adquirisse melhor qualidade, além de poupar o já escasso trabalho escravo. Segundo, as ferrovias permitiram que o capital imobilizado em muare para transporte de mercadorias se revertesse para mão de obra, além de liberar mão de obra escrava das tropas para atuar na lavoura (SEMEGHINI, 1988, p. 36).

Um comércio mais dinâmico propiciado pelas ferrovias e uma maior qualidade de produto a menores custos de transporte estimulou o café a continuar seu ritmo de acumulação, o que pressionou e agravou o problema da mão de obra, além de culminar décadas mais tarde em uma crise de superprodução. Em meados da década de 1880, os governos provincial e imperial passaram a subsidiar e incentivar a imigração. A solução para essa “falta de braços” seria assunto amplamente discutido nas décadas finais do império, gerando experiências com o trabalho livre.

Sendo reconhecida como capital agrícola e segunda cidade mais importante da Província, o núcleo urbano em crescimento de Campinas demandou maior complexidade e alcance no que diz respeito aos serviços. Surgem na planta da cidade lojas de fazenda, de produtos importados, farmácias, livrarias e outros estabelecimentos. A industrialização ainda latente ligava-se às manufaturas, a indústrias de vestuário, à agricultura, às ferrovias e à construção civil com o aparecimento de construtoras e olarias. A demanda por serviços públicos aumenta igualmente. Em 1881, surge a Companhia Campineira de Carris de Ferro, com transportes puxados por tração animal. Em 1884, surge a Companhia Telefônica Campineira. Em 1887, é fundada a Companhia de Águas e Esgotos, que propôs fornecer água encanada e um sistema de esgoto, projeto que sairia do papel na década seguinte.

Além dos melhoramentos por meio de novos serviços públicos urbanos, o setor da indústria metal-mecânica foi colocado em destaque. Quatro estabelecimentos empregavam por volta de 500 operários em Campinas e forneciam insumos para as Estradas de Ferro e para a agricultura: as oficinas MacHardy (máquinas agrícolas e fundição), Lidgerwood (rodas de ferro, motores, etc.) e as fundições Arens (arados e implementos para agricultura) e Faber, que era fornecedora de peças de ferro e bronze para a Cia Paulista de Estradas de Ferro.

Em 1889, a sequência de empreendimentos relacionados com as ferrovias no mundo urbano continua: instala-se a Cia Ramal Férreo Campineiro, que ligou Campinas ao Arraial de Sousas, Joaquim Egídio e às fazendas de Cabras e do Dr. Inácio de Queirós Lacerda, com objetivo de facilitar o escoamento do café, restritos até então nesse trecho aos serviços de tração animal. Santos (2002, p. 163) observa que nesse momento de formação de empresas de água, luz, tração animal e bondes, também se constitui um mecanismo de valorização da propriedade da terra à medida que as famílias de elite de Campinas, como Abreu Soares, Souza Aranha e Quirino dos Santos, acabariam por investir nos melhoramentos de infraestrutura urbana que valorizavam a localização de suas propriedades.

Entre os anos de 1889 e 1897 a cidade foi atingida pelos surtos de febre amarela, que impactaram dramaticamente a vida no mundo urbano, no crescimento da cidade e de sua

população. Iniciou-se nesse período um processo de esvaziamento das funções regionais da cidade, como aponta Semeghini (1988, p. 66). Dois pontos que elucidam esse “esvaziamento” residem na questão sanitária e da febre amarela e na estabilização da produção de café.

Manifestando-se de forma mais aguda no mundo urbano, a cidade se despovoou durante os surtos da doença, com muitas pessoas estabelecendo moradias em regiões próximas como Valinhos e áreas rurais. Inúmeros relatos na literatura descrevem em detalhes tanto os fatores que contribuíram para agravar a epidemia quanto seus efeitos sobre a economia e a população. Maciel (1987, p. 42) cita a ineficiência das medidas sanitárias como agravantes, além de grande dificuldade do poder público em cumprir obrigações crescentes na área da saúde e saneamento urbanos. Na economia e nos serviços urbanos, o impacto da febre amarela foi considerável, visto que muitas empresas fecharam ou estabeleceram sede em São Paulo. Segundo Chalhoub (1996, p. 88), os maiores afetados pelos surtos da febre eram estrangeiros recém-chegados e brasileiros vindos do interior, não tendo influência significativa sobre os negros.

A retomada do crescimento populacional foi rápida e o relativo êxito das medidas sanitárias adotadas fez com que a epidemia fosse afastada de forma definitiva. Maciel (1987, p. 43) enumera uma série de medidas que visavam tornar a cidade menos insalubre, como multas, invasão de cortiços considerados promíscuos ou sujos, desinfecção de fossas, entre outras. Em 1897, a população urbana era estimada em 22.000 pessoas, sendo aproximadamente a metade da população rural.

A estabilização da produção de café em Campinas ocorreu depois de um grande ciclo de expansão que atingiu o seu auge na década de 1880 e durou aproximadamente até 1897. Isso não significou uma inflexão no crescimento da cidade, mesmo que tenha impacto sobre muitas cidades da região do chamado oeste velho (SEMEGHINI, 1988, p. 64). Nas últimas décadas do século XIX, Campinas perde dinamismo econômico em favor da capital e de outras cidades do Oeste, em especial Ribeirão Preto. Segundo Ribeiro (1993), uma hipótese está no efeito negativo do prolongamento das linhas férreas para áreas mais novas, fazendo com que Campinas perdesse o *status* de centro distribuidor de mercadorias para o interior.

A partir de 1897, os investimentos continuaram a se ampliar e diversificar com capital cafeeiro. Muitas companhias inauguram seus serviços como a Companhia de Água e Esgotos. Em 1899, foi inaugurada a Estrada de Ferro Funilense, que ligou a cidade ao bairro do Funil, atual Cosmópolis. O plano por trás da construção dessa estrada de ferro foi promover a colonização da região com imigrantes, com a intenção de transformar a área em mais uma oportunidade de expansão da produção agrícola. No início da década de 1890, 21% da população da cidade era composta por imigrantes⁹. Na primeira década do século XX, Campinas já havia assumido postura de cidade industrial, com comércio diversificado e 47 fábricas de diversos tipos (MACIEL, 1987, p. 50).

Por fim, uma população urbana crescente demandou uma vasta gama de serviços e mesmo em tempos de crise do café, a diversificação dos investimentos continuou a alimentar os

⁹ Sobre os imigrantes nas zonas cafeeiras, ver Holloway (1984).

melhoramentos no mundo urbano. Campinas manteve sua importância como produtora de café até o fim do século XIX, quando o café definitivamente avançou para zonas mais novas. A cidade passou pelo processo que Lapa (1996) denomina *chegada da modernidade* e pelo desenvolvimento industrial, que, segundo o autor, impuseram contradições sobre a sociedade escravocrata até que a única opção se tornou o trabalho livre em seus mais variados arranjos contratuais de trabalho.

2.2 A saúde e o espaço da filantropia

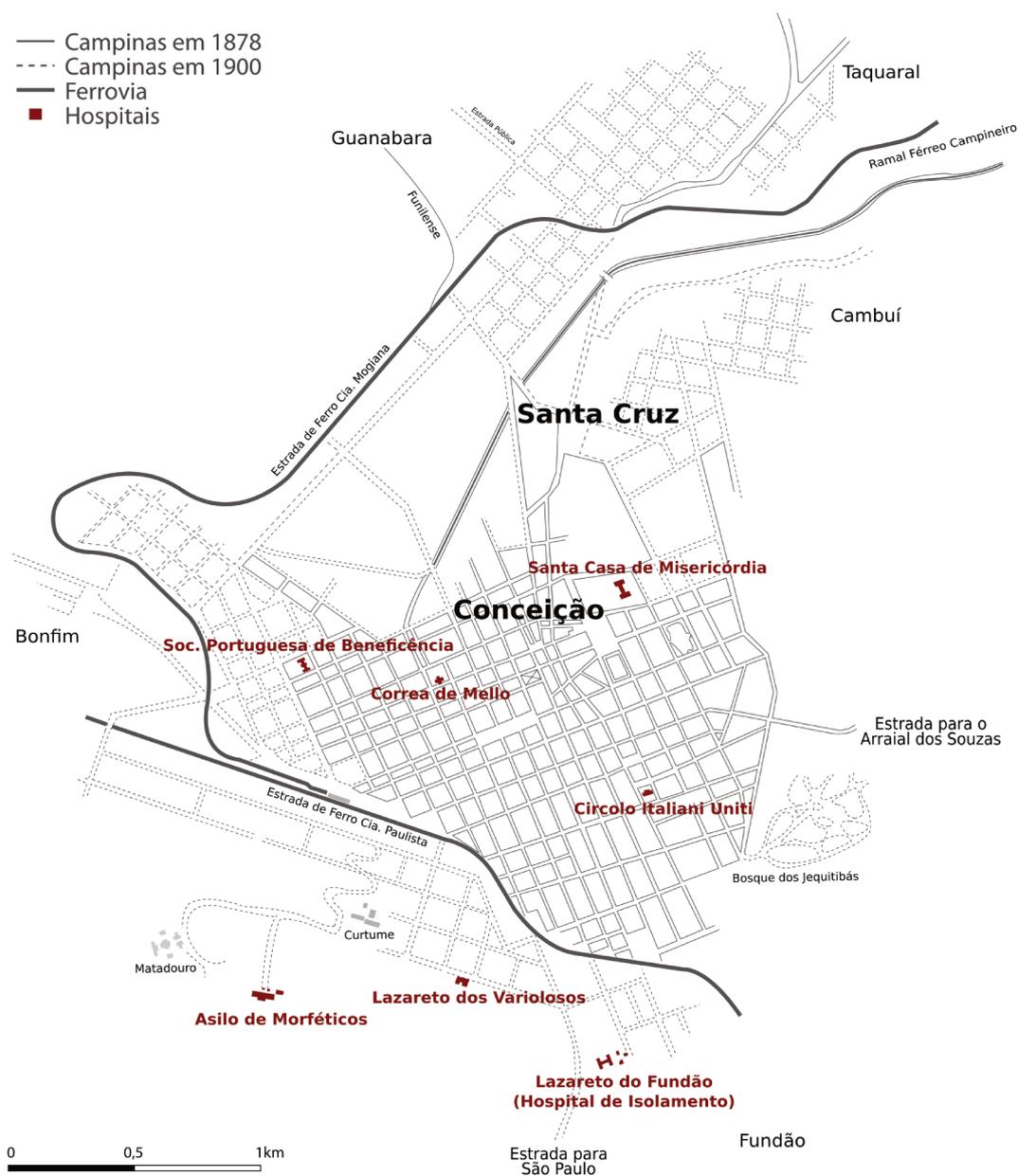
O crescimento da população de toda a região do chamado *oeste paulista*, acompanhada de intenso crescimento econômico, propiciou também problemas de saúde pública, doenças, epidemias e discussões acerca da necessidade de medidas de saneamento e abastecimento (RIBEIRO; JUNQUEIRA, 2011, p. 235). Um grande fluxo de imigrantes de diversas partes, brasileiros livres atraídos pelas oportunidades de trabalho e especialmente escravos de diversas partes do país aliado a problemas sanitários tornaram o ambiente propício para a propagação das doenças.

Doenças como a lepra, a varíola, a malária, a influenza e a febre amarela tiveram um importante lugar nas preocupações da população e do poder público em Campinas. No último quarto do século XIX, a cidade contou com pelo menos seis hospitais e ambientes de isolamento dedicados a atender a população atingida pelos surtos epidêmicos, quais sejam: Asilo dos Morféticos (1863), Hospital de Variolosos (1874), Santa Casa de Misericórdia (1876), Sociedade Portuguesa de Beneficência (1879), *Circolo Italiani Uniti* (1881) e Lazareto do Fundão (1890). A Figura 3 destaca os principais hospitais existentes em Campinas durante o último quarto do século XIX, bem como o crescimento de seu núcleo urbano. As linhas sólidas representam o quadro urbano no ano de 1878, enquanto a linha tracejada representa sua expansão até o ano de 1900.

Compondo esse cenário de assistência e saúde na cidade de Campinas junto às Santas Casas e hospitais filantrópicos existiam os médicos particulares e, ao menos até o final da década de 1880, uma atuação desses médicos em suas próprias casas de saúde, como existiram a do Dr. Philemon de Cuvillon (1868), a de Valentim José da Silveira Lopes (1871), Germano Melchert (1875), Cassiano Bernardo de Noronha Gonzaga e James McFadden Gaston (1878) (ROCHA, 2005, p. 103). O Almanaque de Campinas para o ano de 1877 indicou a presença de nove médicos diplomados em Campinas, com quatro casas de saúde: dos médicos Rodrigo Barbosa Oliveira, Cassiano Gonzaga (à rua da Santa Casa), Francisco Augusto Lima e de Germano Melchert.

De acordo com Pupo (1969, p. 156–157), esses hospitais privados acabaram por desaparecer nos anos de 1870 e 1880 com a concentração dos serviços na Santa Casa, na Beneficência e no *Circolo*, além dos hospitais de isolamento. De fato, a partir das Posturas Municipais dessa época, as regras para a manutenção desse tipo de estabelecimento se tornaram mais rígidas por

FIGURA 3 – Mapa da cidade de Campinas com os principais hospitais em funcionamento de 1876 a 1900



Fonte: Dados extraídos das Plantas da Cidade de Campinas em 1878 e 1900. Acervo do Centro de Memória da Unicamp.

força das doenças infecciosas¹⁰.

Uma das primeiras medidas de saúde tomadas no último quarto do século XIX em São Paulo foi a vacinação compulsória contra a varíola e a quarentena de escravizados vindos de fora de Campinas. O Código de Posturas Municipais de 1864 traz a preocupação com a venda de escravos e comboieiros de outras regiões, que deveriam respeitar um período de quarentena ao adentrar o quadro urbano.

Art. 46 – Os comboieiros e todos os que vierem vender escravos no Município, não poderão fazer os mesmos escravos habitarem dentro de um quadro marcado pela Câmara antes de passados 40 dias depois de sua chegada (CAMPINAS, 1864).

Em 1876, Campinas e São Paulo estavam entre as cidades atingidas por surtos da doença, que durante três anos haviam castigado inúmeras cidades da província de São Paulo. Ainda que uma série de delas tivesse um artigo em seus códigos de posturas municipais dedicado à obrigatoriedade da vacinação, os meios coercitivos acabaram por diminuir o número de imunizados (SÃO PAULO, 1876, p. 43). A prática médica encontrou barreiras para sua legitimação frente à escolha de muitos pacientes de preferirem tratamentos mais próximos de suas crenças.

Muitas pessoas em Campinas duvidavam da capacidade preventiva da vacina e mostravam-se abertas a formas alternativas de combate a essa doença. Parte dessa desconfiança fundamentava-se na limitada eficácia da vacina, que vinda de outros lugares, dentro e fora da província, muitas vezes mal condicionada, chegava à cidade já corrompida. O que abalava a população era saber que mesmo as pessoas vacinadas contraíam a doença (XAVIER, 2003, p. 335).

A preocupação com as epidemias também é frequente nos documentos da Câmara Municipal. Os moradores que apresentassem doenças contagiosas em suas casa deveriam, por exemplo, sinalizar com uma bandeira preta o perigo de contágio para o público. Nesse caso, médicos assistentes deveriam tomar medidas de prevenção e desinfecção necessárias sob pena de multa, assim como o morador que se recusasse a seguir tais orientações.

O enfrentamento dos problemas sanitários que atingiram principalmente a população pobre foi realizado na cidade a partir de uma coordenação de esforços entre o setor público e iniciativas privadas. Nesse espaço, segundo Rocha (2005, p. 94), desenvolveu-se a filantropia com a participação do poder público.

Somente na década de 1870 com o apoio de autoridades e da elite cafeeira, bem como da população no geral, foi fundada a Irmandade que inauguraria em 1876 o primeiro hospital da cidade destinado a atender os pobres: a Santa Casa de Misericórdia de Campinas. O objetivo dessa instituição era prestar assistência aos pobres por meio das obras de misericórdia que envolviam a assistência a enfermos, mendigos, presos e mortos.

¹⁰ Art. 55. – É proibido abrir casa de saúde ou qualquer estabelecimento médico para receber doentes de moléstia contagiosa dentro da cidade, quer os donos de tais estabelecimentos recebam (estipêndio) quer não (CAMPINAS, 1880).

O Asilo de Morféticos, inaugurado em 1863, confinava os enfermos de maneira compulsória assim que a doença fosse identificada. Era proibido aos portadores da lepra vagarem pelas ruas e praças e assim que fosse identificado pelo Fiscal da Câmara Municipal, deveria ser removido ao Asilo. Caso o enfermo se recusasse a ir para o Asilo, o Fiscal era autorizado a usar a força policial para confiná-los. Em 1878, a Câmara Municipal mandou construir um novo edifício nas proximidades do antigo.

O hospital é um estabelecimento singelo, mas dispõe de acomodações bem arejadas, muito limpas e espaçosas, de maneira a preencher bem o fim a que se destina. Conta atualmente com 25 enfermos, sendo em sua maioria vindos de outros municípios (AMARAL, 1900, p. 157)

A medida de vacinação sob pena de multa, de responsabilidade da Câmara Municipal, foi observada nas posturas municipais devido aos surtos de varíola. Em 1874, por ocasião da grande epidemia de varíola, o coronel Joaquim Quirino dos Santos abriu e manteve um hospital para os enfermos pobres. Em seguida, a Câmara resolveu construir o hospital, o que foi feito por meio de donativos particulares (AMARAL, 1900, p. 158).

As medidas sanitárias e de saneamento eram precárias e agravavam a situação da saúde pública da cidade. Contando com tanques de irrigação, fontes e chafarizes, além de abastecimento de água feito por meio de carroceiros, não tardou para que a cidade fosse castigada por epidemias de febre amarela, ainda que a relação das águas e do clima quente com a proliferação da doença ainda não fosse totalmente compreendida. Somente na última década do século XIX a cidade teria uma Companhia de Água e Esgotos inaugurada.

Não somente a qualidade da água e a conseqüente proliferação dos vetores de doenças infectocontagiosas puniram o município em desenvolvimento. Também a qualidade da carne era uma das preocupações da municipalidade no que tange à salubridade do ambiente urbano. Além disso, a questão do abastecimento urbano se agravou quando a cidade sofreu grande êxodo de agricultores e vendedores devido às epidemias de febre.

Segundo Valter Martins, o trabalho do escravo e do imigrante no comércio ambulante, tanto como verdureiros como vendedores de carne era visto com desconfiança pelas autoridades. Com frequência se poderia encontrar vendedores e açougueiros trabalhando com carne clandestina (MARTINS, 2013, p. 2). Como aponta Ribeiro e Junqueira (2011), no tempo das epidemias, os alimentos foram considerados em muitas localidades do oeste paulista uma das possíveis fontes das doenças. Nesse sentido, a construção do matadouro público significou a tentativa de controle pela Câmara Municipal da qualidade dos gêneros alimentícios da cidade:

Art. 64 – É proibido matar ou esquartejar gado de qualquer espécie para o consumo da população a não ser no matadouro público, ou em lugares designados e com licença da Câmara (CAMPINAS, 1880).

O desenvolvimento do núcleo urbano trouxe problemas de saúde pública diferenciados. Uma massa de excluídos, pela pobreza ou pelas doenças, habituaram-se a morrer no

desamparo ou confinados em um dos ambientes de isolamento da cidade. Para pessoas com recursos financeiros existiam os boticários, médicos e enfermarias particulares, que no entanto não contavam em geral com boas condições higiênicas. Segundo Martins (2013, p. 11), os curandeiros por vezes eram as únicas alternativas disponíveis para a população. Mais do que isso, a medicina tradicional gozava de maior prestígio do que os médicos diplomados, dado que o conhecimento dos curandeiros, muitas vezes se aproximava mais da linguagem da população (XAVIER, 2003).

As maiores preocupações da administração provincial, não por acaso, concentravam-se em cidades economicamente fundamentais, como a Capital, Santos e Campinas. Em 1887, a varíola voltou a atingir, dessa vez com menor intensidade, várias cidades do interior de São Paulo, enquanto Santos experimentava surtos de febre amarela de grande intensidade. Com o fluxo de imigrantes, calor, umidade do ar e chuvas, a cidade passava a enfrentar um problema que se replicaria nas cidades do interior paulista até o final do século XIX.

Reconhecia-se a péssima condição sanitária, mesmo das maiores cidades da província, muito aquém das recomendações médicas da época, em parte pela falta de recursos frente aos grandes surtos epidêmicos, em parte pela ineficiência da execução das normas sanitárias que começavam a surgir. Ainda que Santos, por exemplo, tenha sido poupada da febre amarela em alguns anos, as condições sanitárias e de vida da população ou se deterioraram ou pouco se alteraram, até que as consequências dessas epidemias se materializassem em movimento de organização sanitária, em especial do espaço urbano. No relatório do presidente da província de 1882, admite-se que as “causas de insalubridade” não tenham desaparecido, resumindo o resultado do enfrentamento das epidemias em medidas de assistência, uma tarefa assumida em grande parte pelos hospitais filantrópicos.

A cidade de Santos, que tantos cuidados desperta em certas épocas do ano, pelo aparecimento da febre amarela, tem estado isenta desse flagelo, embora permaneçam as causas de insalubridade que sujeitaram aquele importante ponto do comércio e porto marítimo da província a terríveis alternativas. Os doentes de bordo são tratados no Hospital da Misericórdia da Cidade. Isto pode abonar a caridade e o zelo da respectiva administração, que compensa generosamente a módica contribuição marítima que recebe, mas compromete a vida dos habitantes, e vão estabelecendo germens que podem tornar endêmica a moléstia (SÃO PAULO, 1882, p. 30).

Em 1886, com o Decreto nº 9.554 de 3 de fevereiro de 1886, reorganiza-se o serviço sanitário do Império, composto por um Conselho Superior de Saúde Pública, uma Inspetoria Geral de Higiene e uma Inspetoria de Saúde dos Portos. Entre as funções da inspetoria geral estava a fiscalização do exercício da medicina e da farmácia, a direção do serviço de vacinação e a organização de estatísticas demógrafa-sanitárias. Estabeleceu também a competência dos Delegados de Higiene provinciais, nomeados pelos presidentes de província, com suas respectivas inspetorias de higiene. Com essa estruturação, esperava-se a adoção de medidas profiláticas “para obviar a marcha das moléstias”.

No entanto, essa centralização das recomendações e orientações de saúde pública por parte do Ministério dos Negócios do Império causava conflito entre as autoridades imperiais, estaduais e municipais. Uma das justificativas das autoridades estaduais para um estado atual de higiene pública aquém do esperado se referia ao atraso da chegada de recomendações do Império para enfrentar as epidemias:

A higiene pública nesta província, senhores, está muito longe de atingir a altura que tem direito a saúde do povo. [...] As causas determinantes de seu estado atual; umas são de ordem geral, outras regionais. [...] Quando as recomendações da junta central de higiene pública chegam na província, sempre retardadas, não primam pelo prestígio das autoridades sanitárias, daí o afrouxamento, na execução do que é cometido. (SÃO PAULO, 1886, p. 5)

No entanto, os anos subsequentes foram marcados pela varíola. Com epidemias em Franca, Jundiaí, Capivari, Itú e Campinas, foram autorizados recursos para atender os indigentes em hospitais de isolamento (SÃO PAULO, 1888, p. 11). Em 1889, a febre amarela atingiu Campinas em sua maior intensidade. Na Capital e em Campinas, o presidente da província relatou o considerável aumento das pessoas que procuraram o hospital da Santa Casa (SÃO PAULO, 1889, p. 91).

Com a República, a responsabilidade pela saúde pública, antes centralizada no Ministro dos Negócios do Império, passou a recair sobre a autoridade estadual. A partir da Lei estadual nº 12 de 1891, criou-se o Serviço Sanitário de São Paulo. Essa perda de autonomia das autoridades municipais frente às autoridades estaduais – que eram obrigadas a agir nos surtos epidêmicos – causou conflitos e insubordinação às determinações da Diretoria do Serviço Sanitário. Para combater as epidemias, esse órgão deveria destacar inspetores e desinfetadores para as localidades atingidas pelas doenças, ficando a cargo da autoridade municipal colaborar e dar suporte à iniciativa. Isso, no entanto, muitas vezes resultou em conflitos e discussões entre médicos locais, inspetores e a população em geral (RIBEIRO; JUNQUEIRA, 2011, p. 237).

Em janeiro de 1890, a epidemia se desenvolveu novamente, porém de forma menos intensa e com número menor de vítimas. Uma das medidas da intendência municipal e do inspetor de higiene foi montar dois hospitais-barracas para comportar a quantidade de enfermos. Além disso, o Governo Federal e do Estado mandaram duas comissões médico-sanitárias para prestar auxílio. Eram compostas por médicos, farmacêuticos, estudantes de medicina e desinfetadores e foram sendo dispensados conforme se dissipavam os casos, até que foram dissolvidas em junho de 1890. As chamadas “febres de mau caráter” atingiram diversas localidades (SÃO PAULO, 1890).

O processo de implementação de políticas de higiene e saneamento traziam consigo a expectativa de controlar as epidemias:

Há esperança, fundada na opinião dos mais competentes, de que a cidade de Campinas ficará inteiramente salubre e isenta da epidemia de febres, desde que seja abastecida de água canalizada e servida por um sistema regular de esgotos, cujas obras estão sendo executadas por um companhia, que esforça-se por abreviar a conclusão das mesmas. Os serviços para o abastecimento

d'água brevemente estarão concluídos; mas, o mesmo não acontece com os dos esgotos que só há pouco tempo foram iniciados (SÃO PAULO, 1890, p. 8–9).

A febre amarela, porém, retornou em 1892 não só em Campinas como em diversas outras localidades da província. Afetando o funcionamento do porto de Santos e com o perigo iminente de se alastrar por todo o Estado, o presidente da província manda um higienista norte-americano e um especialista para estudar a natureza das febres especialmente no interior (SÃO PAULO, 1892, p. 15).

A fundação do Instituto Bacteriológico e dos laboratórios químico e farmacêutico, além da criação de mais hospitais de isolamento na Capital e em cidades afetadas pelas moléstias contagiosas tornam-se as principais medidas para evitar o avanço das epidemias. Em 1894, os relatórios trazem avanços no controle de epidemias com uma maior organização do serviço de higiene na província. Há o relato do aparecimento do cólera na Hospedaria de Imigrantes, que foi um dos fatores que diminuiu a abundante corrente migratória (SÃO PAULO, 1894a, p. 32).

Os relatórios dos anos seguintes, 1895 e 1896, versam sobre os principais estabelecimentos que foram responsáveis por sistematizar informações sobre as febres tifoide, amarela, cólera, malária, difteria e tuberculose. Dentre esses estabelecimentos destaca-se o Instituto Vacinogênico, responsável por controlar a varíola no Estado. Destaca, ainda, a importância dos hospitais de isolamento na campanha contra a propagação das doenças infectocontagiosas (SÃO PAULO, 1895, p. 59). A elaboração de estatísticas demografo-sanitárias passa a ganhar destaque:

Prossegue a paciente e cuidadosa elaboração da nossa demografia sanitária, sem receber, entretanto, todo o fácil, mas proveitosíssimo auxílio que poderia prestar-lhe o registro civil. Esta longa e minuciosa preocupação quanto à saúde pública pode parecer um estado sanitário calamitoso, quando exprime o contrário, pois é a calma e sistemática disposição dos meios adequados a combater os diferentes vírus epidêmicos que afetam todas as agremiações humanas, ainda as mais sadias e cultas, e cujo abandono denota incontestável inferioridade social (SÃO PAULO, 1895, p. 59).

Obras de saneamento continuaram em Santos, Campinas e na Capital, incluindo abastecimento de água, canalização de esgotos, drenagem do sub-solo, entre outras. Como resultado de parte desses esforços, a febre amarela no ano de 1897 se apresentou em menor número de casos comparado ao ano anterior e menor letalidade (SÃO PAULO, 1897, p. 87).

Em 1900, o relatório traz a informação de que a subvenção para as Santas Casas da Capital, de Santos e de Campinas se justificam devido ao enorme fluxo de enfermos pobres de todos os pontos do Estado para esses grandes centros. Além disso, atribuiu-se à aplicação do Código Sanitário no que diz respeito à reforma domiciliar o estado relativamente bom das condições sanitárias dessas cidades (SÃO PAULO, 1901, p. 14). Até 1907, o estado não se veria livre dessas doenças. Esse foi o ano em que não se constatou nenhum caso de febre amarela ou varíola em todo o estado e afastou-se o medo da peste bubônica.

Nota-se, por meio dessa fonte, que os relatórios de presidentes de província não apresentavam comentários para cada localidade ano a ano, sendo que em alguns deles, muito

pouco se comenta sobre a situação de Campinas. Muito provavelmente, pela característica de mandatos curtos dados ao presidente da província, em que se transmite geralmente no ano seguinte seu cargo para o vice, os relatórios devem ser encarados sob uma perspectiva crítica e relacionados a outras fontes para sustentar conclusões sobre a mortalidade em cada localidade.

Como se observou, nas décadas finais do século XIX, as políticas de saúde pública começavam a ser estruturadas, mas ainda de maneira muito incipiente. A assistência médica se desenvolveu, portanto, em dois espaços: no campo da medicina tradicional, representada pelos curandeiros e parteiras, e no campo da medicina acadêmica, cujo espaço foi preenchido em um primeiro momento pelas casas de saúde particulares e em um segundo momento pelos hospitais de isolamento e hospitais filantrópicos como as Santas Casas de Misericórdia, que merecem agora uma análise mais detalhada.

2.3 As Misericórdias

A primeira Santa Casa de Misericórdia instituída no Brasil e em toda a América Latina foi a de Santos, em 1543. Existe uma ampla bibliografia que tratou do desenvolvimento das Misericórdias do Brasil, como os clássicos de Russell-Wood (1981) sobre as atividades de assistência da Santa Casa de Misericórdia da Bahia e Mary Karasch (2000) que utiliza as estatísticas de óbito da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro para reconstituir o modo de vida dos escravos na capital do Império.

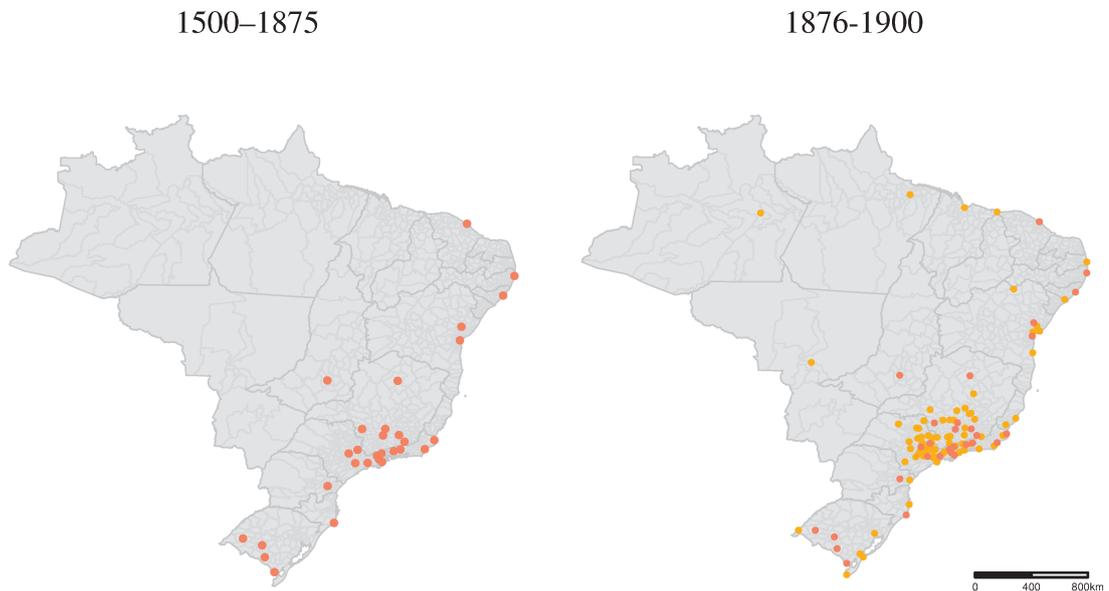
Segundo Rocha (2005, p. 62), existem dois momentos principais da evolução das Misericórdias imperiais no Brasil. Um primeiro momento desde a fundação da Santa Casa de Santos aos moldes da matriz de Lisboa até meados do século XIX foi caracterizado por severas restrições financeiras e de montagem do Estado Nacional que impediram a expansão dessas instituições. O segundo momento, onde se insere a criação da Misericórdia de Campinas, foi marcado pela expansão da economia cafeeira e pelo grande movimento de fundação de novas Misericórdias, que acompanhou de certa forma a marcha do café para o oeste, dado que foi crucial para o sucesso do empreendimento o apoio das elites econômicas regionais.

A Figura 4 contém os dados de criação das Santas Casas, notamos que a expansão desses estabelecimentos no Brasil, em especial na região sudeste, deu-se em maior intensidade a partir do último quarto do século XIX, acompanhando a pujança econômica da região com a cultura do café para exportação.

O número desses hospitais em um raio de 200 quilômetros de distância de Campinas passou de 15 para 35 entre os anos de 1875 e 1900, dando indícios de que outras cidades próximas também desenvolveram uma rede de cuidados suficiente para comportar parte de sua população neste período. Enfermos residentes de lugares como Belém do Descalvado, Capivari, São João da Boa Vista e Tatuí, para dar alguns exemplos, encontraram opções de cura em suas cidades no final do século. Na província de São Paulo, o dinamismo econômico e o prestígio das oligarquias regionais consolidaram um momento da prática assistencial, no qual a criação dos hospitais de

caridade acompanhou o desenvolvimento econômico.

FIGURA 4 – Expansão de Santas Casas brasileiras até 1900



Fonte: Dados extraídos de Khoury (2004) sob a malha municipal do Brasil em 1900 (IBGE, 2011).

Leila Alves Rocha (2005, p. 64) observa que a partir da década de 1870, quando a economia cafeeira se expandiu para o Oeste, o Vale do Paraíba, região mais antiga, experimentou um processo de decadência acompanhado pela saúde financeira de suas Misericórdias. De forma análoga, notamos que na década de 1890, quando Campinas apresenta sinais de envelhecimento de seus cafeeiros e a produção passa a crescer em áreas mais novas, expande-se a rede de Santas Casas na região de Ribeirão Preto (1896), Sertãozinho (1896) e Franca (1897). Até o final do XIX, é possível notar mais de uma fundação de Irmandades e hospitais por ano.

A documentação produzida pela Pia Instituição são relativamente padronizadas e esses estabelecimentos se encontram espalhados por todo o antigo império colonial português¹¹. Schwartz (2001, p. 43), que faz uma análise da historiografia sobre a escravidão desde o período anterior ao centenário da abolição até os trabalhos subsequentes, observa que alguns historiadores como Russell-Wood (1981) se dedicaram a trazer a documentação de instituições religiosas e leigas como a Santa Casa de Misericórdia para revelar a vida e a cultura escrava. Com alguma precisão, é possível estudar a mortalidade escrava a partir dessa fonte.

Uma vasta literatura tem trabalhado com fontes de Santas Casas de Misericórdia em todo o Brasil. Para a região sul, por exemplo, trabalhos como o de Claudia Tomaschewski (2014) sobre as Santas Casas de Pelotas e Porto Alegre destacam o papel do Estado e das elites locais para dar suporte à construção dos hospitais filantrópicos. Amplamente documentada, a

¹¹ No catálogo do Arquivo Histórico Ultramarino de Portugal é possível encontrar, por exemplo, registros de óbitos da Santa Casa de Aveiro desde 1821. Para o Brasil, o acervo da Santa Casa de Misericórdia de São João Del-Rei possui livros de matrículas de enfermos desde 1839.

Santa Casa de Porto Alegre foi estudada por Nikelen Witter (2007), entendida dentro de um contexto mais amplo de acesso à saúde, fazendo parte de um conjunto complexo de opções de cura que incluíam as *artes de curar* de parteiras, curadores, sangradores, cirurgiões-barbeiros, entre outros.

Além de Witter (2007), Mara Regina do Nascimento (2014) destaca que a Santa Casa de Porto Alegre traz fonte particularmente interessante, pois sua irmandade era responsável pelo hospital, mas também mantinha uma roda dos expostos, a cadeia e o cemitério. Aponta também a correlação entre desenvolvimento urbano e criação das Santas Casas a partir da ação de grupos de elite. A fundação das misericórdias sob essa interpretação aconteceria em sincronia com problemas de saúde e abandono de pobres, problemas essencialmente urbanos. A autora encontra uma forte relação entre a administração da Irmandade e das instâncias civis.

Daniel Oliveira (2012), em sua dissertação de mestrado, analisou os óbitos de enfermos da Santa Casa de Porto Alegre para compreender a mortalidade materna e a saúde da mulher. Em sua tese de doutorado, Daniel Oliveira (2018) observou que os dados do hospital replicavam os livros tanto dos registros paroquiais quanto do registro civil em um momento de transição, o que lhe dá uma vantagem em termos de representatividade dos registros hospitalares quando comparado a estudos sobre outras localidades. Analisando os registros em um período de 1875 a 1900, arrolou as informações de nome, idade, naturalidade, cor, estado conjugal, profissão, causa mortis e ocupação.

A partir dessa pesquisa, outras localidades do Rio Grande do Sul também investiram nos arquivos das Misericórdias. Santos e Brunhauser (2019) estudam os livros de óbito de pacientes do Hospital de Caridade de Santa Maria para os períodos 1904-1905 e 1917-1818. Compõem uma base de atualmente 1.924 registros que indicam nome, idade, cor, profissão e estado civil. Os autores dão atenção especial ao registro da variável “cor” para avaliar como suas categorias mudam ao longo do tempo. O estudo indica que ao longo do tempo, passou a haver uma padronização das cores não brancas em duas categorias: pretos e pardos.

Para a região sudeste, destacam-se os estudos que documentaram as Santas Casas paulistas e fluminenses, desenvolvidos a partir dos clássicos de Laima Mesgravis (1976) para a São Paulo e Mary Karasch (2000) para o Rio de Janeiro. Karasch (2000), em especial, conduziu estudo pioneiro para analisar as causas de morte dos escravos sepultados no cemitério da Santa Casa entre 1833 e 1849, criando inclusive uma classificação de doenças ainda utilizada como padrão em outros trabalhos.

A partir dessas contribuições, Gandelman (2001) explora também para a cidade do Rio de Janeiro a rede mais ampla da Irmandade de Misericórdia, composta pela Roda dos Expostos do Rio e pelo Asilo de Órfãs, diversificando as práticas assistenciais ao longo dos séculos XVI até o XIX. Estudos posteriores como o de Ângela Pôrto (2006) aprofundaram o conhecimento das práticas médicas e do sistema de saúde do escravo com os registros da Misericórdia do Rio de Janeiro.

Para o estado de São Paulo, o livro de Read (2012) revela a escravidão na cidade

de Santos no período de 1822 a 1888 a partir de um conjunto vasto de fontes, entre elas alguns documentos sobre a Santa Casa de Santos, a mais antiga instituição do Brasil. Devido a características de cidade portuária, essa instituição recebia desde escravos até marinheiros e militares. O autor aponta, como outros, que a população atendida é majoritariamente masculina.

Esse perfil majoritariamente masculino aparece em toda a literatura de Santas Casas. Barreto e Pimenta (2013), por exemplo, estudam as doenças da população escrava em Salvador na primeira metade do século XIX por meio dos registros de doentes da Santa Casa de Misericórdia da Bahia. Nesse hospital, entre os anos de 1824-1851 o hospital da Misericórdia atendeu 30.070 pessoas, das quais 21.302 (70,85%) eram homens e 8.706 (28,95%) eram mulheres.

As autoras também analisam a associação entre as doenças de escravos e doenças relacionadas ao trabalho e o impacto da epidemia do cólera de 1855. Além disso, consideram que a assistência hospitalar era mais procurada por aqueles que não possuíam redes de solidariedade na cidade, como era o caso dos marítimos estrangeiros (BARRETO; PIMENTA, 2013, p. 75). Uma particularidade dos dados sobre Salvador está no fato de o contingente escravo ser de apenas 3% dos atendidos, sugerindo uma saúde da população escravizada a ser descoberta com outras fontes.

Para o norte do país, a contribuição de Miranda et al. (2015) traz informações sobre a Santa Casa de Misericórdia do Pará no final do século XIX, uma das primeiras instituições hospitalares do Grão-Pará. Esse hospital foi inaugurado em 1900 e seguiu a tendência de organização de um sistema de hospitais filantrópicos que surgem junto à expansão urbana e políticas higienistas, com a construção de hospitais filantrópicos e ambientes de isolamento. Em fins do século XIX, a cidade de Belém cresceu como símbolo da modernidade e do progresso na Amazônia com a borracha, fazendo emergir uma elite local capaz de financiar obras filantrópicas como o hospital.

Alguns trabalhos sobre a escravidão no Brasil, como Slenes (1976) e Luna e Klein (2010) também utilizaram fontes que remetem aos hospitais. Enquanto Slenes (1976) utilizou relatos de administradores de algumas fazendas de Campinas para encontrar os gastos com médicos e enfermarias bem equipadas para escravos, Luna e Klein (2010) utilizaram diretamente registros hospitalares de Santo Amaro na Bahia do início do século XX para identificar ex-escravos que residiam no mesmo lugar onde haviam trabalhado como escravos.

A relação entre caridade e poder político perpassa toda a bibliografia sobre Misericórdias e para Campinas isso não é diferente. Leila Alves Rocha (2005) explora a relação entre os membros da Irmandade e a elite campineira. Denise Moura (1998), por sua vez, utiliza os dados das Matrículas da Santa Casa de Campinas para revelar as profissões de escravos e livres pobres, destacando que essa população se espalhava em uma ampla gama de atividades econômicas e ocupações.

Em Campinas, o idealizador da Misericórdia foi o cônego Joaquim José Vieira, que tinha o objetivo de fundar um hospital para atender primordialmente aos pobres e órfãos. No início da década de 1870 foi crescente a animação entre as autoridades da cidade diante da pers-

pectiva da criação do primeiro hospital da cidade (MURARO, 2010, p. 18).

FIGURA 5 – Santa Casa de Misericórdia de Campinas e Asilo de Órfãos



Fonte: Conjunto de Cartões Postais de Antônio Miranda. Acervo do Centro de Memória da Unicamp (CMU).

Nas palavras do próprio cônego Vieira, a fundação da Irmandade de Misericórdia foi motivada pela necessidade de uma congregação de esforços para o atendimento da população pobre da cidade.

Apresentou-se-me fagueira a lembrança de realizar a fundação de uma Irmandade de Misericórdia, uma dessas instituições que o estrangeiro inveja aos nossos costumes, dessas associações que, tomando a seu encargo os socorros públicos, sonda todas as misérias sociais (PROVEDORES, 1877, p. 5).

Criada em 1875, a Irmandade administrou o hospital da Santa Casa. Segundo Rocha (2005, p. 105), a fundação desse hospital significou um marco importante para a prática assistencial da cidade e representou um processo de racionalização institucional da filantropia até então pulverizada em ações assistenciais.

Enfrentando inicialmente a escassez de recursos para a construção do hospital, o cônego Vieira contou com doações pecuniárias e em bens de cidadãos abastados, desde a doação do terreno para edificação até a aquisição de remédios e instalação de camas para o primeiro ano de funcionamento. O Relatório dos Provedores de 1877 traz uma extensa relação de bens, serviços e recursos financeiros doados por um sem fim de cidadãos campineiros que contribuíram para a organização das atividades da Santa Casa.

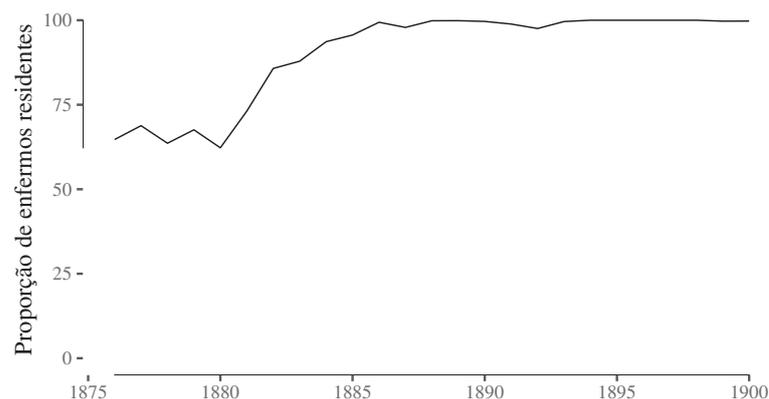
Na data de sua inauguração, o hospital contava com duas enfermarias gerais para pobres e quartos reservados para pensionistas e pagantes, enquanto escravos eram atendidos por

meio de pagamento de seus senhores. As enfermarias gerais, segundo o regulamento do hospital, prestavam assistência médica, cirúrgica e farmacêutica aos enfermos (ROCHA, 2005, p. 117).

Esse hospital e posteriormente o da Sociedade Portuguesa de Beneficência (1879) foram notáveis pela organização dos seus quartos e enfermarias e disponibilidade de ambientes espaçosos para o tratamento da população¹². Os hospitais de caridade foram cruciais nesse período, visto que o processo de urbanização e crescimento econômico tornou crescente a população pobre, amplamente atendida por esses estabelecimentos.

Grande parte dos atendidos pela Santa Casa de Campinas eram residentes em Campinas, proporção que ao longo do tempo cresceu até que o total de atendidos fosse representado quase totalmente por residentes da cidade. A primeira hipótese para esse resultado é que a partir de 1875, a expansão de Santas Casas e hospitais filantrópicos acompanhou a prosperidade econômica do Estado de São Paulo, gerando alternativas para enfermos de cidades vizinhas.

FIGURA 6 – Proporção de enfermos residentes em Campinas atendidos pela Santa Casa de Misericórdia, 1876–1900



Fonte: Livros de Matrículas da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

O número de Santas Casas em um raio de 200 quilômetros de distância passou de 15 para 35 entre os anos de 1875 e 1900, dando indícios de que outras cidades próximas também desenvolveram uma rede de cuidados suficiente para comportar parte de sua população neste período. Enfermos residentes de lugares como Belém do Descalvado, Capivari, São João da Boa Vista e Tatuí, para dar alguns exemplos, encontraram opções de cura em suas cidades no final do século. Na província de São Paulo, o dinamismo econômico e o prestígio das oligarquias regionais consolidaram um momento da prática assistencial, no qual a criação dos hospitais de caridade acompanhou o desenvolvimento econômico.

Leila Alves Rocha (2005, p. 64) observa que a partir da década de 1870, quando a economia cafeeira se expandiu para o Oeste, o Vale do Paraíba, região mais antiga, experimentou

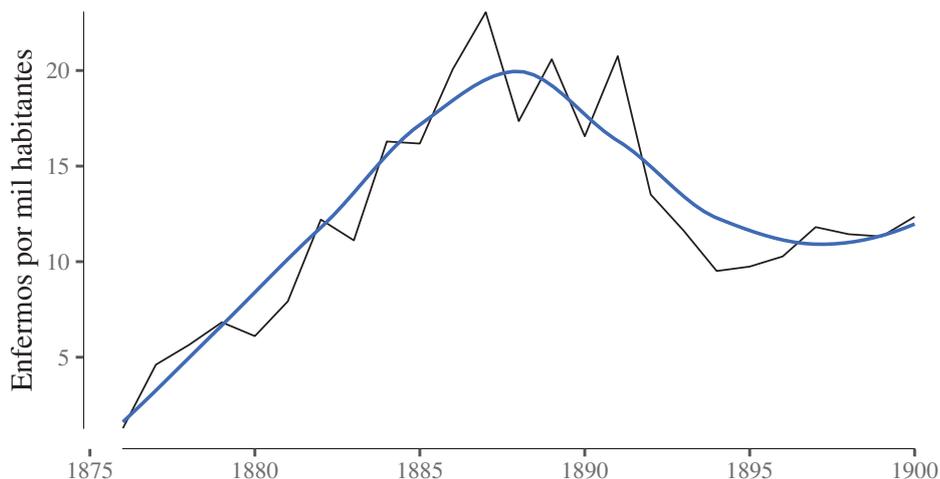
¹² No ano de 1900, a Sociedade Portuguesa de Beneficência contava com aproximadamente 3.000 sócios (AMARAL, 1900).

um processo de decadência acompanhado pela saúde financeira de suas Misericórdias. De forma análoga, notamos que na década de 1890, quando Campinas apresenta sinais de envelhecimento de seus cafeeiros e a produção passa a crescer em áreas mais novas, expande-se a rede de Santas Casas na região de Ribeirão Preto (1896), Sertãozinho (1896) e Franca (1897). Até o final do XIX, é possível notar mais de uma fundação de irmandades e hospitais por ano.

Não somente o acesso à saúde por meio de hospitais filantrópicos se ampliou em São Paulo, como o próprio acesso da população de Campinas a sua Santa Casa sofreu expansão. Para analisar essa expansão, podemos utilizar a razão pacientes-população, ou ainda, o número de atendimentos por mil habitantes, que mede a relação entre os atendimentos e a população residente. Uma limitação desse indicador é que ele não incluirá todos os atendimentos médicos realizados efetivamente, mas tão somente os registrados na Misericórdia de Campinas.

Ao calcular a taxa de entradas de enfermos residentes por mil habitantes, observamos que o atendimento foi crescente em um primeiro período até atingir um pico nas epidemias de febre amarela de 1889 e 1892, nas quais a Santa Casa teve maior protagonismo. Logo após os períodos mais críticos, o número de atendimentos se estabiliza atingindo 1% da população total. Como esse indicador descarta a contribuição de outros hospitais, casas de saúde, enfermarias e outras alternativas, é possível que esse declínio tenha sido resultado de uma ampliação da oferta de outros hospitais, a partir da estruturação de uma rede dominada em grande parte pelas entidades assistenciais como as Beneficências Portuguesas.

FIGURA 7 – Entradas de enfermos na Santa Casa de Misericórdia por mil habitantes, 1875–1900



Fonte: Livros de Matrículas da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

Observou-se que o atendimento foi crescente em um primeiro período até atingir um pico nas epidemias de febre amarela de 1889 e 1892, nas quais a Santa Casa teve maior protagonismo. Logo após os períodos mais críticos, o número de atendimentos se estabiliza cobrindo

1% da população total. Como esse indicador descarta a contribuição de outros hospitais, casas de saúde, enfermarias e outras alternativas, é possível que esse declínio tenha sido resultado de uma ampliação da oferta de outros hospitais, a partir da estruturação de uma rede dominada em grande parte pelas entidades de assistências aos estrangeiros como as Beneficências Portuguesas e, no caso de Campinas, também o *Circolo Italiani Uniti*.

Enfim, essas instituições filantrópicas deixaram como legado um extenso rol de fontes importantes para o estudo da mortalidade e da morbidade devido à importância que ganharam, especialmente a partir do último quartel do século XIX. Para a Santa Casa de Misericórdia de Campinas, encontramos uma rica documentação que pode trazer novos ingredientes ao estudo da mortalidade, com informações sobre escravos, brasileiros livres pobres, estrangeiros, crianças, soldados, criminosos enviados pela polícia, indigentes, entre outros que buscaram no serviço assistencial o alívio para os seus males.

CAPÍTULO 3

FONTES DE DADOS E MÉTODOS

Neste capítulo nos dedicamos a apresentar os métodos, técnicas, arquivos e fontes reunidos para o estudo da dinâmica da morbimortalidade da população de Campinas no último quarto do século XIX. Essa apresentação das fontes e dos procedimentos metodológicos se realiza em dois momentos principais.

Na Seção 3.1, recuperamos o histórico das fontes clássicas utilizadas pelos estudiosos de população e pela historiografia para investigar a mortalidade das populações do passado e apresentamos o extenso *corpus* documental trabalhado nesta pesquisa, reunindo documentos diversos com informações da população em geral e dos indivíduos atendidos por um hospital filantrópico e em um hospital de isolamento do município de Campinas. Dentro do conjunto de informações populacionais, exploramos as potencialidades e limitações dos primeiros censos brasileiros e do registro civil de óbitos dos cartórios de Conceição e Santa Cruz de Campinas. Composto o conjunto de registros hospitalares, apresentamos a motivação para análise dos registros de pacientes da Santa Casa de Campinas (1876-1900) e do Hospital de Isolamento do Fundão (1890 e 1892). Discutimos as possibilidades de uso de documentação complementar como os Anuários Estatísticos de São Paulo, relatórios de presidentes da província e da provedoria da Santa Casa de Misericórdia, bem como livros de receituários médicos para compor um quadro mais completo do período em análise¹³.

Na Seção 3.2, apresentamos os métodos utilizados na elaboração de estimativas populacionais, análise de períodos de crise, de mortalidade e morbidade por causas e dos diferenciais de mortalidade entre subgrupos da população. A partir da análise crítica das informações contidas nos levantamentos censitários, identificamos as limitações na construção de indicadores de mortalidade plausíveis, motivo pelo qual trabalhamos com estimativas dos totais populacionais e com apenas uma parte dos óbitos totais. As informações hospitalares, por outro lado, trazem nível de detalhamento que permitem melhor aplicação dos métodos para análise dos diferenciais de mortalidade. Dessa forma, apresentamos possibilidades de modelagem da mortalidade hospitalar, uso da informação de tempo de permanência e a abordagem de decomposição do diferencial de mortalidade entre subgrupos da população.

As duas últimas seções são dedicadas aos procedimentos metodológicos que permitem a sistematização, tratamento, classificação e análise das informações de doenças, *causa mortis* e profissões encontradas no Registro Civil de Óbitos e nas matrículas de pacientes da Santa Casa e do Lazareto do Fundão. A Seção 3.3 recupera o histórico das classificações de doenças, as opções metodológicas mais utilizadas pelos estudiosos e desenvolve a proposta de uma

¹³ Essa seção traz novos elementos e conjuntos documentais que complementam às discussões de trabalho anterior sobre as potencialidades dos registros hospitalares da Santa Casa e do Lazareto do Fundão para o estudo da morbidade e da mortalidade (ALBINO, 2019). Agradeço especialmente os comentários dos pareceristas da Revista do Arquivo Público do Estado de São Paulo.

classificação internacional histórica de doenças com base nos trabalhos de McKeown (1976) e Bernabeu-Mestre (1993). A Seção 3.4 discute as classificações de ocupações e os passos para a aplicação do modelo *Historical International Standard Classification of Occupation* (HISCO) para fontes do passado brasileiro.

3.1 Os eventos vitais e registros hospitalares

As fontes de dados mais utilizadas pela Demografia Histórica são as declarações de batismos, casamentos e óbitos elaborados pelas autoridades eclesiásticas, isto é, os registros paroquiais. Trata-se de um conjunto importante para o estudo da história das populações ocidentais até o século XIX, anterior à chegada do registro civil e dos censos modernos. Nas últimas décadas, o acesso a esses registros em termos de divulgação e digitalização experimentou enormes avanços¹⁴.

O grau de cobertura dos registros paroquiais varia no tempo e no espaço. Em um país de tradição cristã como o Brasil, parcela considerável dos documentos apresenta uma riqueza em detalhes e informações nominativas, sendo possível que tenham uma boa cobertura (isto é, que não sofram significativamente com a perda de qualidade da informação por sub-registro). No entanto, os estudiosos observaram que os óbitos são o conjunto de dados mais simples e com normas menos rigorosas; atestam geralmente a data de falecimento, o nome do morto e o seu estado conjugal. Além dessa informação, muitas paróquias assinalavam a naturalidade e a nacionalidade, a idade, a ocupação e a causa de morte (BASSANEZI, 2009, p. 154).

Muito embora seja este o *corpus* documental mais usual, uma infinidade de outras fontes podem ser utilizadas para o estudo da doença e da morte das populações do passado. Algumas possibilidades envolvem as *Bills of Mortality*, atestados de óbito, registros de sepultamento, estatísticas sanitárias e hospitalares, registros militares, inventários, testamentos, relatos de testemunhas, relatórios administrativos, documentos fiscais, túmulos e até achados arqueológicos. As informações podem ser elaboradas em nível individual, como o caso dos registros hospitalares, mas também em nível agregado, como anuários estatísticos. Atualmente, estudos comparativos sobre a experiência da mortalidade em populações humanas devido a projetos como *IPUMS-International* e *The Human Mortality Database*, que tornaram possíveis a análise de tendências históricas da mortalidade em nível mundial (ZHAO, 2010, p. 17).

Para o Brasil, a depender do recorte temporal, determinadas informações se tornam mais abundantes ou mais rarefeitas, exigindo criatividade do pesquisador que se proponha a montar um quadro mínimo da mortalidade. Após um grande esforço de sistematização e pesquisa extensa em arquivos, Maria Luiza Marcílio (2000, p. 32) propôs uma periodização das fontes demográficas brasileiras com base na qualidade das informações e em sua disponibilidade. Um primeiro momento corresponde ao início da colonização até a primeira metade do

¹⁴ Para o Brasil, vale ressaltar o esforço de digitalização e disponibilização dos registros paroquiais da Igreja Católica realizado pelo projeto *Family Search*, vinculado à Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias.

século XVIII e se refere às primeiras contagens da população brasileira. Por um lado, esse período é caracterizado por uma escassez de registros paroquiais de batismos, casamentos e óbitos. Por outro lado, existe um importante conjunto de fontes com informações demográficas da população colonial; listas nominativas de habitantes (*maços de população*), amplamente disponíveis para a capitania de São Paulo, e de tabelas gerais de contagem da população (*mapas de população*) para várias capitanias¹⁵.

Um segundo momento das informações corresponde à segunda metade do século XVIII até a segunda metade do século XIX e é caracterizado pela existência de algumas estatísticas demográficas, ricas e em abundância para determinadas regiões e localidades. Com isso é possível reconstituir a população fazendo análises mais aprofundadas para se chegar a determinada dinâmica, estruturas e tendências demográficas locais. Nesse período, um número mais extenso de registros paroquiais e listas nominativas de habitantes permite o estudo da mortalidade para algumas localidades, elaborando indicadores e identificando períodos de crise (NADALIN, 2004).

O núcleo documental de nossa pesquisa se situa em um terceiro momento das fontes demográficas brasileiras: a chamada “era estatística”, que se inicia com o Recenseamento do Império do Brasil de 1872, e a partir da qual os levantamentos censitários passaram a ser realizados de forma periódica e sistemática pelo Estado. Podemos dividir as fontes analisadas em dois principais grandes grupos, um relacionado às informações da população de Campinas no geral, como as contagens populacionais e os óbitos; outro relacionado à população hospitalizada, privilegiando a rica documentação disponível para a Santa Casa de Misericórdia e para o Hospital de Isolamento do Fundão. Ambos os conjuntos merecem algumas considerações sobre suas limitações.

Os dados populacionais reunidos por essa pesquisa são derivados dos primeiros censos brasileiros de 1872, 1890 e 1900, bem como do levantamento realizado em 1886 pela Comissão Central de Estatística da Província de São Paulo, com objetivo de organizar as informações da província. Essas informações devem ser tratadas com cautela e também merecem algumas considerações preliminares sobre suas limitações.

Em 1871, os Decretos nº 4.676 e 4.856, que mandavam proceder com o Censo de 1872 e criar a Diretoria Geral de Estatística, significaram um esforço do estado na organização das estatísticas populacionais. Nesse contexto, o *Recenseamento do Império do Brasil de 1872* surge como o primeiro e único levantamento censitário nacional do período imperial e escravista, no qual são reunidas informações sobre a população escrava, nacional e estrangeira para todo o território brasileiro. A unidade de referência dessa operação censitária foi a paróquia, apresentando a população por sexo e idade em grupos etários para esse nível de desagregação. Esse censo traz informações sobre a estrutura etária da população de Campinas por sexo, idade e condição social. No entanto, é preciso ter em vista que a coleta de dados na província de São

¹⁵ Um balanço detalhado do potencial e da qualidade da informação nessas fontes pode ser encontrado, por exemplo, em Bacellar (2008) que trabalhou com as listas nominativas de São Paulo.

Paulo foi realizada somente em 30 de janeiro de 1874 (BASSANEZI, 1998, p. 20, v. 3).

O *Relatório apresentado ao Exm. Sr. Presidente da província de S. Paulo pela Comissão Central de Estatística* (1888) contém informações sobre a estrutura etária da população livre e escrava, em nível municipal, com data de referência a 30 de setembro de 1886. Também apresenta volumes destinados a estatísticas sobre os filhos livres de mulheres escravizadas, imigrantes recebidos e população de núcleos coloniais, bem como médias anuais de casamentos, nascimentos e óbitos da província com base nos anos de 1883 a 1886 (BASSANEZI, 1998, p. 15, v. 4). Infelizmente, esse levantamento não reuniu dados de todos os municípios, de forma que há para Campinas somente o levantamento da população total, sem distribuição por sexo e idade.

Entre a execução do levantamento, publicação do relatório e o Censo de 1890, Campinas sofreu a influência de intensos fluxos migratórios e surtos de febre amarela que causaram muitas mortes e migração da população urbana. Além disso, o Censo de 1890 traz informações problemáticas. Além de sua Sinopse ter sido publicada somente em 1897, às vésperas da próxima experiência censitária, ficaram de fora tabulações essenciais como a estrutura da população por sexo e idade, somando-se a isso erros de transcrição e soma das tabelas originais (BASSANEZI, 1998, p. 11, v. 5). Em que pese a falta de confiabilidade nos dados, utilizamos os valores da população total de acordo com esse levantamento para balizar nossas estimativas.

Das estatísticas disponíveis, as informações mais sujeitas a críticas são as disponíveis na *Sinopse do Recenseamento de 1900*. Em meio a problemas políticos em sua realização, somente as contagens de população total e por sexo foram apresentadas em nível municipal. A próxima grande operação censitária foi o Censo de 1920 (BASSANEZI, 1998, p. 10, v. 6). Giorgio Mortara (1941), por exemplo, que produziu um estudo referência sobre os primeiros recenseamentos, utilizou os dados dos Censos de 1872, 1890 e 1920 para apresentar suas *Tábuas Brasileiras de Mortalidade e Sobrevivência* para os períodos intercensitários de 1872-1890 e 1890-1920, com métodos de correção da informação desenvolvidos pelo próprio autor.

Diante disso, como afirmam Bassanezi e Cunha (2019, p. 20), “medir a intensidade do impacto das epidemias, na evolução e na dinâmica populacional de Campinas, é uma tarefa ingrata”. Os primeiros levantamentos possuem informações pouco confiáveis ou sem cruzamentos de variáveis fundamentais para o dimensionamento da população. Além do mais, a intensa mobilidade da população e influência da migração internacional em Campinas dificultam ainda mais a produção de estimativas populacionais intercensitárias.

As estimativas de óbitos da população foram extraídas do Registro Civil de Campinas, cartórios de Conceição e Santa Cruz, iniciando a análise a partir do ano de 1889, quando se iniciou a execução do Registro Civil em todo o território nacional, apesar de existirem registros anteriores nesses cartórios. Uma série de propostas para regulamentar os registros civis de nascimentos, casamentos e óbitos foram realizadas ao longo do século XIX. As primeiras tentativas mais significativas foram o Decreto nº 1.144 de 1861 e o Decreto nº 3.069 de 1863, que regulamentavam os efeitos civis dos casamentos religiosos de pessoas que não professavam a religião do estado, isto é, os não católicos. Em seguida, o Decreto nº 5.604 de 1874, colocou

em vigência o regulamento dos registros civis de nascimentos, casamentos e óbitos para a população em geral. A desvinculação do Estado com a Igreja nos meses finais do Império, mas em especial com a República, foi fundamental para a adoção do Registro Civil. O Decreto nº 9886, de 7 de março de 1888 cessou os efeitos civis dos registros eclesiásticos. Em 1888, o Decreto nº 10.044 do foi designado o dia 1 de janeiro de 1889 para que começasse a ter execução o novo regulamento do Registro Civil de Pessoas Naturais.

Os dados do Registro Civil do final do século XIX foram relativamente pouco explorados pelos estudiosos sob a ótica da demografia. Bassanezi (2009, p. 154) ressalta que como o registro paroquial, essa fonte “oferece inúmeras possibilidades para a reconstrução da história demográfica e sociocultural brasileira”. Dessa forma, faz-se necessário explorar as potencialidades e limitações das informações populacionais disponíveis nos primeiros censos brasileiros e do registro civil de óbitos de Campinas, primeiro conjunto de informações que é objeto de nossa pesquisa.

Os registros de óbito dos cartórios de Conceição e Santa Cruz foram microfilmados e estão sob a guarda do Centro de Memória da Unicamp. Alguns pontos sobre esses registros em Campinas favorecem seu uso. A obrigatoriedade do registro de óbito para fazer o sepultamento além do fato de Campinas ser um município com grande desenvolvimento econômico no período pode ter contribuído para que o sub-registro de óbitos tenha sido menor que em outros locais. Outro ponto relevante é com o uso complementar de outras fontes com estimativas de população, nascimentos e óbitos, é possível recompor grande parte do universo dos óbitos (MORAES, 2014, p. 30). As informações disponíveis nessa fonte em nível individual são variadas: nome e sobrenome do falecido, de seus pais ou cônjuge, idade, sexo, profissão, nacionalidade, naturalidade, local de residência, estado conjugal, profissão, cor, causa de morte, entre outras. O nível de detalhamento, no entanto, varia de período para período.

Outra limitação a ser considerada é o sub-registro, que ocorre por vários motivos como perda dos livros de óbito, problemas de cobertura em regiões mais afastadas ou embaraços dos párocos na consolidação do registro civil, por exemplo. O pesquisador também encara uma série de informações de *causa mortis* e profissões que necessitam de uma sistematização ou adoção de uma classificação para facilitar uma análise agregada. Os problemas de exagero de idade ao óbito e atração por dígitos também estão presentes e merecem cuidado especial. Dessa forma, qualquer informação de idade deve ser entendida como uma idade presumida ou aproximada.

Para o estudo das epidemias que castigaram a cidade de Campinas no final do século XIX, também é importante considerar as conclusões extraídas dos dados populacionais em seu contexto histórico. Sempre que possível, empreendemos esforços para a utilização de fontes alternativas como leis, relatórios e mensagens de presidentes de província (e posteriormente, na República, governadores do estado), que dão evidências sobre o ambiente político e as ações da municipalidade no enfrentamento das epidemias, inserindo os números, nem sempre confiáveis,

dentro de seu quadro mais amplo¹⁶.

Ao longo dessa pesquisa, consultamos as *posturas municipais* e relatos de estudiosos para acompanhar, ainda que parcialmente, as discussões e medidas tomadas pela Câmara Municipal no contexto dos grandes surtos epidêmicos, bem como a coleção completa de mensagens dirigidas pelos governantes à Assembleia Legislativa de São Paulo. Os presidentes de São Paulo deveriam discursar anualmente diante da Assembleia Legislativa sobre o estado dos negócios públicos, o que incluía desde aspectos da administração pública até informações demográficas. Com base na exposição do relatório, cabia a Assembleia discutir as destinações do orçamento e a criação das leis. Também após a proclamação da república essa série de exposições sobre a situação do Estado foi contínua.

Algumas das lacunas nos dados foram preenchidas com fontes produzidas pelo governo estadual. A título de exemplo, os cartórios de Souza e Valinhos, instalados em 1897, não fazem parte dos dados levantados nessa pesquisa e o livro do cartório da Conceição que continha os registros de óbitos entre 15/04/1897 e 31/12/1898 foram perdidos de modo que utilizamos as *Estatísticas Demógrafo-Sanitárias* e os *Anuários Estatísticos do Estado de São Paulo* para complementar as informações faltantes desses anos. Os Anuários Estatísticos de São Paulo foram publicados entre 1894 e 1900 pela Repartição de Estatística do Estado de São Paulo. Trata-se de documentação rica que apresenta uma compilação de indicadores como o movimento da população segundo o Registro Civil para a capital e municípios, informações sobre a imigração e núcleos coloniais, produção agrícola e econômica, além de um conjunto particularmente interessante para o estudo da população hospitalizada, denominado *Estatística Moral*. A série completa está disponível no site da Fundação SEADE.

O objetivo da *Estatística Moral* era avaliar a educação pública primária, os atos de filantropia particular, a assistência pública, a previdência, os delitos, suicídios e contabilizar os “loucos”. Trazem o movimento hospitalar detalhado de cada um dos hospitais filantrópicos e casas de caridade do Estado, em grande maioria, Santas Casas e Beneficências Portuguesas no período de 1891 a 1900. Seu registro não é contínuo para todos os anos e hospitais, provavelmente devido ao fato destes não enviarem informações para a Repartição de Estatística. Apesar disso, os Anuários contextualizam as estatísticas e relativizam os resultados tabulados a partir da condição financeira de cada hospital, o que nos fornece uma base comparativa importante para os resultados da Santa Casa de Campinas.

No último quarto do século XIX, a cidade de Campinas contou com pelo menos seis hospitais e ambientes de isolamento dedicados à população pobre nacional ou estrangeira. Documentos dessas instituições como livros de óbitos, diários de entrada, relatórios médicos e fórmulas para remédios constituem-se em importante fonte que quando combinadas às informações censitárias e dos registros vitais, ajudam a reconstituir uma imagem coerente da morbimortali-

¹⁶ “A epidemia tem uma espécie de individualidade histórica. Daí a necessidade de usar com ela um método complexo de observação. Fenômeno coletivo, ela exige um olhar múltiplo; processo único, é preciso descrevê-la no que tem de singular, acidental e imprevisto” (FOUCAULT, 2004, p. 26).

dade da população.

Os livros diários de entrada, por exemplo, podem ser úteis para completar lacunas sobre a prevalência de doenças específicas na população, dados que revelam não somente os óbitos, como os casos não fatais. Ainda que essa documentação tenha escopo limitado e as suas conclusões não valham necessariamente para a generalidade dos casos, ela pode revelar resultados plausíveis para um determinado subgrupo da população, cujas informações são supostamente confiáveis. A partir desses livros é possível ter uma noção acurada do fluxo de pessoas atendidas pelos hospitais. É possível, por exemplo, verificar se o atendimento ou o número de leitos se ampliou num cenário de crescimento populacional, apresentando conseqüentemente uma ampliação dos serviços a partir de uma demanda pressionada pela demografia. Em geral, esses livros apresentam informações como nome do paciente, idade, estado civil, nacionalidade ou naturalidade, a data de entrada, saída e destinação. Uma ampla bibliografia fez uso das suas informações para extrair tendências para a mortalidade de uma região, contrastando os resultados com os dados censitários do passado e registros de óbito de alguma localidade.

A exemplo, Steven Cherry (1980) discute a influência dos hospitais e do conhecimento médico nas taxas de mortalidade de províncias inglesas ao longo do século XVIII até o início do século XIX. Este artigo utiliza como fonte uma série de registros de entrada de pacientes em hospitais voluntários. Conclui, a partir do cálculo de taxas de cura e de mortalidade hospitalar, que as condições sanitárias e a disposição de médicos nos hospitais, em geral eram boas e favoreciam uma redução de mortalidade ao longo do tempo. Mas à medida que a população cresceu e demandou mais recursos desses hospitais ao longo do século XIX num período posterior da análise, a superlotação provocou uma maior entrada de casos graves, de forma que as condições para essa mortalidade reduzida tenderam a se deteriorar.

A combinação de fontes hospitalares com as informações da população em geral também foi explorada por vários estudiosos. Jacalyn Duffin (1997) sugere a combinação de duas fontes para produzir estimativas mais confiáveis e plausíveis para os padrões de mortalidade – Censos e livros de entrada de pacientes. Por meio dos recenseamentos produzidos decenalmente desde 1851 pelo Canadá, a autora conclui que dadas as limitações intrínsecas do levantamento censitário e dos problemas nos dados, uma fonte isoladamente não produz estimativas confiáveis de mortalidade geral e por causas. Dessa forma, compara-se o Censo com uma série de 40 anos de matrículas de pacientes do médico James Langstaff, de 1849 a 1889. Esses registros revelaram uma subestimação da mortalidade infantil no Censo, além de identificar uma sazonalidade das mortes ao longo do ano, informação que não poderia ser extraída dos censos. Além disso, Duffin (1997) discute discrepâncias nas mortes por tuberculose, complicações no parto e mortalidade materna entre as duas fontes.

Uma das potencialidades mais evidentes das fontes hospitalares é um número reduzido de causas desconhecidas, tanto devido a uma nomenclatura de causa de morte mais facilmente identificável, talvez mais “científica”, quanto a um interesse em tornar essas informações precisas. Para Campinas no século XIX, encontramos duas fontes de acesso público particu-

larmente ricas: os registros de enfermos da Santa Casa de Misericórdia de Campinas para um período de 25 anos (1875–1900) e do Lazareto do Fundão (um hospital de isolamento principalmente para casos de febre amarela) para apenas dois anos (1890 e 1892). Essa última série documental está sob a guarda do Arquivo Municipal de Campinas e está disponível em versão digitalizada na base de dados de acervos arquivísticos públicos de Campinas (Arq-Camp).

Os documentos da Santa Casa de Misericórdia de Campinas – pertencentes ao fundo da Irmandade sob a guarda do Centro de Memória da Unicamp (CMU) – são compostos por 504 livros organizados em séries ao longo de 110 anos (1876–1986), com documentos correspondentes às atividades administrativas como livros diários, movimentos financeiros e relatórios dos provedores da Irmandade; e atividades-fim do hospital, bem como livros de matrículas de enfermos, altas, internações, prescrições médicas, entorpecentes administrados, entre outros. A criação do fundo se deu a partir da celebração de um convênio entre o CMU e a Provedoria da Irmandade de Misericórdia em 1988, quando a Santa Casa entregou seu arquivo histórico aos cuidados da Unicamp.

A base de dados *Santa Casa (1876–1900)* foi elaborada a partir do cruzamento de informações das Matrículas de Enfermos do Hospital da Misericórdia de Campinas com os Livros de Altas de Pacientes e o Assentamento de Óbitos¹⁷. Composta por 14.348 registros de pacientes, seu recorte temporal abrange desde o primeiro paciente do hospital, o escravo Manoel Xavier de Oliveira, em 3 de outubro de 1876 até Prudêncio Antônio, que entrou na categoria de *pobre*, em 31 de dezembro de 1900¹⁸. Os livros de matrículas, altas e óbitos correspondem ao registro de fluxo dos indivíduos que passaram pelo hospital e aqueles que permaneceram internados em tratamento. A série é composta por quatro volumes sob a guarda do CMU e as variáveis disponíveis para cada livro encontram-se sintetizadas no Quadro 1. Trata-se de documentação com grande potencial, dado que apesar de suas limitações em termos de representatividade da população, devem se constituir como um dos únicos registros sistemáticos de informações sobre morbidade da população de Campinas.

Esses documentos foram criados para controle interno, com a finalidade de fornecer informações para a consolidação das estatísticas do hospital, apresentam boa legibilidade e existem algumas evidências para acreditarmos que foram elaborados pelas religiosas de São José de Chambéry, que desde a fundação da Santa Casa se dedicaram às mais diversas atividades de rotina do estabelecimento¹⁹ (IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE CAMPINAS, 1972, p. 62). Nesse

¹⁷ O cruzamento desses registros com os Livros de Altas e Óbitos foi realizado para cada paciente por meio da data de entrada, saída e pelo número de ordem atribuído a cada paciente nas enfermarias. Os dados brutos foram arquivados em planilhas de texto separado por vírgulas (.csv) e processados em R (R CORE TEAM, 2020).

¹⁸ Não foram encontrados os registros de enfermos curados na enfermaria especial criada em 1889 para vítimas da febre amarela. Somente os óbitos foram identificados. O levantamento completo destes casos em específico, sem a identificação de cada paciente, pode ser encontrado em Simões (1897).

¹⁹ Nas funções administrativas, as irmãs eram encarregadas de contratar e despedir enfermeiros, quando necessário, e cuidar das despesas do hospital prestando contas ao Provedor e ao Tesoureiro. No artigo 13º do contrato estabelecido com a Madre Teodora, constava a obrigação de fazer mensalmente um relatório sobre a entrada e saída dos doentes e outras eventuais necessidades da Santa Casa (IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE CAMPINAS, 1972, p. 63).

QUADRO 1 – Informações dos livros da Santa Casa de Campinas, 1876–1900

Variáveis	1876-1879	1880-1888	1889-1894	1895-1900
Nome	X	X	X	X
Cor	X			
Idade	X	X	X	X
Nacionalidade	X	X	X	X
Naturalidade	X	X	X	X
Residência	X	X	X	X
Estado Conjugal	X	X	X	X
Remetente	X	X	X	X
Moléstias	X	X		X
Data de entrada	X	X	X	X
Data de saída	X	X	X	X
Observações	X	X	X	X

Fonte: Livros de Matrículas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a,b) e Livro de Altas da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1895).

sentido, é plausível argumentarmos que essa documentação do fluxo hospitalar foi reunida por essas religiosas, com informações dadas por médicos e enfermeiros no que diz respeito ao diagnóstico, e que os registros nela contidos reconstituem, ainda que parcialmente, a rotina desse hospital.

A Figura 8 revela uma das páginas dos registros que deram suporte a essa pesquisa. São muitas as restrições e cuidados que devemos tomar para entender as conclusões fornecidas por esse tipo de fonte, em especial, porque são consideradas *seletivas e parciais* (LEBRÃO, 1995, p. 53). Sua seletividade consiste no fato de que os hospitalizados são uma parte muito pequena e, geralmente, específica da população total. Além disso, não é possível descartar que a medicina tradicional está disseminada por meio do trabalho de parteiras, curandeiros e pessoas leigas. Tampouco podemos desconsiderar a existência das enfermarias particulares urbanas e rurais, além do fato de que muito provavelmente, quem podia pagar por atendimento médico raramente se deslocava ao hospital.

A parcialidade da fonte se refere ao fato de que apenas uma parcela da população de fato chega a ser admitida. Excluem, portanto, aqueles que por estarem distantes, não terem recursos, ou não atingirem os requisitos necessários para a admissão. Dessa maneira, é especialmente interessante trabalhar com a documentação da Santa Casa de Misericórdia, dado que seu atendimento foi prioritariamente voltado a não-membros da Irmandade, isto é, à pobreza e à população escravizada, diferindo portanto de outras instituições filantrópicas como as Beneficências Portuguesas e o *Circolo Italiani Uniti*, cujas enfermarias tinham critérios de admissão mais voltados aos estrangeiros, portugueses e italianos, atendendo eventualmente brasileiros pobres.

As informações de nome do enfermo não foram coletadas para a construção do banco de dados em virtude do incremento no tempo de levantamento, leitura, compatibilização de nomes e ausência de sobrenomes – o que inviabilizaria nossa pesquisa no âmbito do mestrado.

FIGURA 8 – Livro de Matrículas de Enfermos do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Campinas

MATRICULA DOS ENFERMOS DO HOSPITAL DE MISERICORDIA DE CAMPINAS															
DATA	LIVRO FOLHA DE ENTRADA	LIVRO FOLHA DE SAÍDA	NOMES	LUGAR	MORBIDADE	MORBIDADE	ESPECIE	ESTADO	PROFISIA	REMETENTE	Entrada		Saída		OBSERVAÇÕES
											ANO	DIAS	ANO	DIAS	
1876 04 18	11	11	Almeida (João)	61	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	18	1876	18	Almeida
1876 04 19	12	12	Almeida	62	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	19	1876	19	Almeida
1876 04 20	13	13	Almeida	63	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	20	1876	20	Almeida
1876 04 21	14	14	Almeida	64	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	21	1876	21	Almeida
1876 04 22	15	15	Almeida	65	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	22	1876	22	Almeida
1876 04 23	16	16	Almeida	66	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	23	1876	23	Almeida
1876 04 24	17	17	Almeida	67	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	24	1876	24	Almeida
1876 04 25	18	18	Almeida	68	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	25	1876	25	Almeida
1876 04 26	19	19	Almeida	69	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	26	1876	26	Almeida
1876 04 27	20	20	Almeida	70	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	27	1876	27	Almeida
1876 04 28	21	21	Almeida	71	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	28	1876	28	Almeida
1876 04 29	22	22	Almeida	72	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	29	1876	29	Almeida
1876 04 30	23	23	Almeida	73	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	30	1876	30	Almeida
1876 05 01	24	24	Almeida	74	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	01	1876	01	Almeida
1876 05 02	25	25	Almeida	75	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	02	1876	02	Almeida
1876 05 03	26	26	Almeida	76	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	03	1876	03	Almeida
1876 05 04	27	27	Almeida	77	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	04	1876	04	Almeida
1876 05 05	28	28	Almeida	78	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	05	1876	05	Almeida
1876 05 06	29	29	Almeida	79	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	06	1876	06	Almeida
1876 05 07	30	30	Almeida	80	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	07	1876	07	Almeida
1876 05 08	31	31	Almeida	81	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	08	1876	08	Almeida
1876 05 09	32	32	Almeida	82	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	09	1876	09	Almeida
1876 05 10	33	33	Almeida	83	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	10	1876	10	Almeida
1876 05 11	34	34	Almeida	84	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	11	1876	11	Almeida
1876 05 12	35	35	Almeida	85	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	12	1876	12	Almeida
1876 05 13	36	36	Almeida	86	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	13	1876	13	Almeida
1876 05 14	37	37	Almeida	87	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	14	1876	14	Almeida
1876 05 15	38	38	Almeida	88	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	15	1876	15	Almeida
1876 05 16	39	39	Almeida	89	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	16	1876	16	Almeida
1876 05 17	40	40	Almeida	90	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	17	1876	17	Almeida
1876 05 18	41	41	Almeida	91	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	18	1876	18	Almeida
1876 05 19	42	42	Almeida	92	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	19	1876	19	Almeida
1876 05 20	43	43	Almeida	93	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	20	1876	20	Almeida
1876 05 21	44	44	Almeida	94	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	21	1876	21	Almeida
1876 05 22	45	45	Almeida	95	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	22	1876	22	Almeida
1876 05 23	46	46	Almeida	96	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	23	1876	23	Almeida
1876 05 24	47	47	Almeida	97	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	24	1876	24	Almeida
1876 05 25	48	48	Almeida	98	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	25	1876	25	Almeida
1876 05 26	49	49	Almeida	99	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	26	1876	26	Almeida
1876 05 27	50	50	Almeida	100	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	27	1876	27	Almeida
1876 05 28	51	51	Almeida	101	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	28	1876	28	Almeida
1876 05 29	52	52	Almeida	102	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	29	1876	29	Almeida
1876 05 30	53	53	Almeida	103	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	30	1876	30	Almeida
1876 05 31	54	54	Almeida	104	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	31	1876	31	Almeida
1876 06 01	55	55	Almeida	105	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	01	1876	01	Almeida
1876 06 02	56	56	Almeida	106	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	02	1876	02	Almeida
1876 06 03	57	57	Almeida	107	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	03	1876	03	Almeida
1876 06 04	58	58	Almeida	108	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	04	1876	04	Almeida
1876 06 05	59	59	Almeida	109	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	05	1876	05	Almeida
1876 06 06	60	60	Almeida	110	Bragança	Almeida	Campinas	Almeida	Almeida	Almeida	1876	06	1876	06	Almeida

Fonte: Livros de Matrículas da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

Com essa decisão metodológica, impusemos algumas limitações que não existem na documentação original, isto é, que não se constituem como limites intrínsecos da fonte. A principal delas é a impossibilidade de cruzar a base de dados com outras já criadas, como a do Registro Civil, e de identificar casos de readmissão. Ainda que o nome do paciente fosse coletado, não é possível também a identificação nos casos em que, por exemplo, a readmissão se deu em hospital diferente. Essa identificação completa da trajetória do paciente só seria possível em um contexto onde as informações de todos os hospitais fossem disponíveis e completas.

Esse problema limita a construção de taxas de morbidade a partir de registros hospitalares. O primeiro motivo para isso é um *problema de numerador*, já que a informação para cada paciente sem o nome, cada registro de entrada no hospital será, no limite, a ocorrência de uma doença, não uma contagem de pacientes. Segundo Lebrão (1995, p. 54), múltiplas internações de um paciente, no mesmo ou em diferentes hospitais, ocorrem frequentemente para algumas condições, como doenças crônicas.

Outro motivo se deve a uma limitação intrínseca de todos os registros hospitalares; existe um *problema de denominador*, já que a população suscetível a determinada doença é, muitas vezes, desconhecida. Consideramos o número total de entradas hospitalares o denominador dos nossos quocientes sob o pressuposto de que todas as entradas hospitalares incidem no risco de serem diagnosticados com determinada doença. Para medidas de acesso à saúde com o intuito de determinar o grau de seletividade de nosso banco de dados com relação à população total, a exemplo do indicador “atendimentos por mil habitantes”, utilizamos estimativas de

levantamentos censitários e interpolações desses valores como denominador.

Existem os casos em que o nome é simplesmente ausente. Nessas situações, pouco pode ser dito sobre a identidade do paciente, pelo modo que ocorre suas descrições, podem ser categorizados segundo a condição social. “Um preto” ou “um estrangeiro de nacionalidade desconhecida” são exemplos dessas ocorrências, nas quais podemos extrair informações sobre sexo, cor e condição social. Informações como o número do quarto e de ordem do paciente também não foram utilizadas no levantamento, de forma que preferimos atribuir uma identificação ordenada conforme os pacientes aparecem na fonte, o que não necessariamente corresponde com os números de identificação dos livros, devido aos erros em sua elaboração. Tratam-se de erros manuais da escrevente, como pular o número de ordem dos pacientes de 9.099 para 10.000. O número total de enfermos esperado no final do período, no entanto, coincide com a quantidade de entradas.

Ao analisar a idade declarada pelo paciente, é importante levar em consideração que se trata de uma idade presumida. Essa informação sofre com pelo menos dois tipos de problemas: atração por dígitos (*age heaping*) e exagero de idade (*age exaggeration*)²⁰. É possível visualizar a atração graficamente nas idades terminadas em 0 e 5, informação que é mais problemática para os escravos africanos. Evidências para o problema de exagero em idades avançadas se dão pela ocorrência de indivíduos com 120 e 130 anos, cuja causa de morte revela apenas expressões diagnósticas associadas ao ciclo de vida, como “velhice” e “marasmo senil”.

Erros de declaração de idade podem ser problemáticos para estimativas de morbidade e mesmo de mortalidade. Dessa forma, para evitar uma grande variabilidade no valor das estimativas, optamos por agrupar as idades em grupos etários quinquenais, grupos etários do Censo de 1872 (com intervalos quinquenais e decenais) e grandes grupos etários (crianças e jovens até 14 anos, adultos de 15 a 59 anos, 60 anos ou mais). Esses procedimentos, no entanto, não eliminam totalmente os erros de atração por dígitos e outros possíveis problemas da informação de idade (SHRYOCK; SIEGEL, 1973, p. 119). No entanto, ao contrário de um levantamento censitário, em que se poderia ter indícios de subestimação ou sobrestimação da idade da população escrava em determinadas faixas, por exemplo, não encontramos evidências de que os dados de idade são sistematicamente mal reportados a ponto de produzir estimativas de mortalidade hospitalar implausíveis.

A *nacionalidade* e a *naturalidade* variam relativamente mais do que as outras variáveis em termos de precisão e acurácia. Enquanto para algumas nacionalidades os termos são precisos, e em outros casos, ela pode não fornecer informações confiáveis. Identificamos nos registros 32 nacionalidades, além de um estrangeiro de origem desconhecida. Nos casos da nacionalidade portuguesa e italiana, esses registros trazem informações relativamente confiáveis sobre a cidade de nascimento, possibilitando, inclusive, estudos mais aprofundados sobre migração. Cerca de 1.100 locais diferentes de naturalidade existem, incluindo algumas variações

²⁰ Sobre a influência de problemas como exagero de declaração de idade ao óbito em idades avançadas nas estimativas de mortalidade e conclusões sobre seu padrão e tendência, ver por exemplo, Coale e Kisker (1986).

de grafia nos nomes. Em especial na nacionalidade “africana”, a informação é relativamente grosseira, resumindo-se a descrever alguns grupos étnicos ou grandes regiões, como os termos “conga” e “costa”, que não dizem muito sobre a origem dos escravos e africanos livres.

A informação de *residência* não traz informações sobre logradouros e tão-somente evidencia se o enfermo reside em Campinas, em fazendas, chácaras ou outras localidades. As informações de residência trazem 225 locais diferentes ao longo dos 24 anos de registros. Apesar da aparente variedade de origens, cerca de 90% dos registros apresentam Campinas como local de residência. Acreditamos que ao anotar “Campinas”, a escrevente referia-se ao quadro urbano; caso contrário, os pacientes da área rural eram identificados pelo nome da fazenda em que residiam. Nos casos em que a identificação do nome da fazenda é possível, acrescentamos a informação se ela pertence à região administrativa de Campinas no período e contamos esses indivíduos como população residente de Campinas para cálculos de indicadores.

O *estado conjugal*, além das categorias tradicionais de solteiro, casado e viúvo, trazia um tratamento não uniforme para os registros de crianças e menores de idade. Menores de 12 anos ora são tratados como solteiros, ora sob a categoria “menor” ou “criança”, e ainda em uma terceira possibilidade, sem informação registrada. Em virtude de haver casos de enfermos de 12 anos com estado civil de casado, ao processar os dados brutos, tratamos todos os menores de 12 anos dentro da categoria “menor”. Solteiros são 7.556 (52,7%), casados (31,3%), viúvos são 1.757 (12,24%) e menores são 373 (2,6%). A partir desse procedimento operacional, o número de casos sem informação de estado conjugal somam 1,1% (169 casos). Para alguns anos, o primeiro nome do cônjuge também aparece junto aos registros de casados.

A informação sobre doenças/*causa mortis* são de difícil análise e mais completas para a série de óbitos. Uma das potencialidades dos registros hospitalares em comparação às estatísticas vitais está exatamente nesse campo, dado que exceto em casos raros, o paciente recebe o diagnóstico após um atendimento médico. Sendo, portanto, um campo preenchido por médicos acadêmicos, é esperado que essa informação esteja menos comprometida. No entanto, em virtude da quantidade significativa de expressões diagnósticas encontradas, faz-se necessário o uso de uma classificação de doenças para sistematizar a análise.

A título de exemplo, um dos casos problemáticos para a classificação são as “febres”. Trata-se de uma designação geral que no século XIX era vista como uma entidade clínica, não como uma manifestação diagnóstica. Em outras palavras, febres palustres, intermitentes, contínuas, remitentes, perniciosas, pútridas, pestilentas, ardentes ou malignas, eram vistas como doenças específicas e não como sintomas de uma enfermidade – na maioria das vezes de origem infectocontagiosa. Outro fator que aumenta a complexidade de análise desta informação são os casos em que existe mais de um diagnóstico.

O campo *profissão* traz 238 ocupações diferentes, desde trabalhadores administrativos, de serviços, do comércio e da produção agrícola até militares. Existem denominações específicas para as diversas funções na estrada de ferro tais como o portador, que carregava e descarregava mercadorias, o fogueiro, manobrador, ajustador e guarda-freios. Algumas profis-

sões foram registradas em outras línguas no caso de imigrantes, como é o caso de *imprimeur*, trabalhador ligado à tipografia e *pastaio*, uma especialidade de cozinheiro.

A profissão mais recorrente nos registros, no entanto, é a denominação genérica de *trabalhador* (41% dos casos). Não é possível identificar nesse caso qual atividade desempenhavam. A segunda ocupação mais frequente é a de serviço doméstico e serviço de roça, indicando a representatividade de serviços doméstico entre as mulheres e a predominância dos trabalhadores agrícolas entre os homens. Acreditamos que esse tipo de “trabalhador” fazia referência a uma gama de relações de trabalho e atividades diversas que não exigiam especialização.

Para agrupar essas informações em categorias que permitam uma análise mais agregada, atribuímos a cada ocupação um código da Classificação Internacional Histórica de Ocupações (HISCO). A vantagem da utilização de um sistema de ocupações como a HISCO é a compreensão das especificidades das fontes históricas, dado que se trata de um projeto internacional que considera uma ampla coleção de fontes trabalhadas por historiadores. Essa classificação captura variações de terminologia e descrições de ocupações característicos de documentos históricos.

As informações sobre a cor de pele desaparecem dos registros a partir do ano de 1879. Encontram-se as categorias *branco*, *pardo*, *fula*, *mulato* e *preto*. No entanto, para 95% dos casos da base de dados essa informação é desconhecida. Nos pacientes identificados por cor, são 261 brancos, 247 pretos, 40 de cor fula, 30 pardos e 20 mulatos. Nas primeiras páginas dos livros da Santa Casa, aparecem registros de cor em uma coluna criada à mão pela escrevente, que depois é abandonada. Isso nos dá indícios de que a informação era levada em consideração na recepção, mas que por algum motivo, deixa de ser relevante.

Campinas foi a cidade escravista com maior contingente escravo da província, o que nos sugere uma sociedade profundamente hierarquizada. Nesse contexto, a cor refletiu, com maior ou menor fidedignidade de acordo com o período e a localidade, a condição jurídica do indivíduo. Existia uma associação entre a denominação de *pretos* e a condição jurídica de escravo, por meio da qual seria possível com um registro de cor contínuo ao longo do tempo, acompanhar e identificar possíveis ex-escravos. Infelizmente, apesar dessa informação ser extremamente significativa para o período, o “silêncio das cores” é um fenômeno constante na documentação do século XIX²¹.

Da mesma forma, notamos o desaparecimento da anotação explícita da condição jurídica do enfermo. Ela é realizada somente para os primeiros meses de funcionamento do hospital, separando os atendidos em escravos e livres. Essa informação passa a ser revelada por outros campos, que da mesma forma separavam as classes de atendidos de tal forma que explicitar a cor e a condição jurídica se tornou um recurso desnecessário.

O regulamento de funcionamento do hospital deixa explícitas as diferentes categorias de atendidos, constantes do campo *remetente*. Os enfermos indigentes seriam recebidos mediante atestado de autoridade competente, provada que fosse sua condição. Os *pobres* eram

²¹ Sobre a relação entre a cor e a condição jurídica nos documentos sobre a escravidão, bem como o desaparecimento dessas informações pós-abolição, ver Castro (1995).

atendidos gratuitamente pela caridade, enquanto os escravos seriam atendidos por ordem de seus proprietários, mediante pagamento. Além disso, existiam os *pensionistas*, admitidos pelo pagamento de uma diária ou valor anual para tratamento em três diferentes classes que davam direito a quartos individuais. Os remetentes trazem nomes desde senhores de escravos e negociantes até empresas como a Companhia Mogiana de Estradas de Ferro e a Fundação Arens. Com essa informação, é possível fazer o cruzamento nominativo dos principais proprietários que remetiam escravos enfermos.

A categoria “pobre” responde a 74% dos registros de pacientes. Isso significa que a maioria dos atendidos não foram pensionistas, mas indivíduos que procuravam gratuitamente a Pia Instituição. Escravos representam 14% das entradas totais e cerca de 30% das entradas até 1888, o que nos mostra o grande número de escravos que acessaram as enfermarias. Até 13 de maio de 1888, 1.970 escravos foram atendidos pela Santa Casa e continuaram a ser atendidos sob a categoria “pobre” ou ainda sob a responsabilidade de um remetente. Apenas 4% das entradas eram de pensionistas, divididos em primeira, segunda e terceira classe e atendidos em quartos separados da enfermaria geral. Militares representam 2,5% das entradas, enquanto apenas 0,2% dos casos não possuem informação de remetente.

A partir da informação sobre *datas de entrada e saída* dos pacientes, é possível calcular a permanência hospitalar para cada enfermo. Essa informação pode ser útil para comparar a intensidade de cuidados entre diferentes subgrupos, ou ainda, determinar o tempo de tratamento médio para determinada enfermidade. A destinação final, entre outras, indicava se o enfermo saiu curado, teve alta a pedido, faleceu ou ainda outras observações como por exemplo, foi expulso ou alforriado enquanto estava sob tratamento. A partir de 1895, os livros de matrículas não possuem mais informações detalhadas sobre a destinação do enfermo, sendo separadas e parcialmente duplicadas em Livros de Óbitos e Livros de Altas.

As informações quantitativas trazidas nos livros da Santa Casa podem compreendidas em seu contexto a partir dos relatórios dos provedores da Irmandade de Misericórdia. Esses relatórios deveriam ser apresentados a cada biênio à mesa administrativa da Irmandade, reunindo todo o tipo de informação relevante sobre a administração do hospital. Balanços patrimoniais, demonstrações de resultados, movimento hospitalar, doenças e relatos médicos das enfermarias fazem parte das evidências encontradas nessa série documental.

Uma particularidade dessa fonte que merece relevo é que apesar de o relatório da administração ser apresentado pelo provedor à mesa administrativa, diferentes partes do relatório contam com diversos autores, responsáveis por apresentar os dados de cada um dos setores do hospital. O relatório financeiro, no primeiros anos de funcionamento, é apresentado pelo próprio provedor, ao passo que ao longo do tempo aparece a figura do Mordomo, cuja função é coordenar o hospital. O movimento hospitalar nas enfermarias e o estado dos enfermos no geral é comentado e assinado pelo médico responsável.

Constituída de cinco volumes ao longo do período estudado, a série apresenta lacunas em vários biênios, em especial durante a década de 1890. Os anos disponíveis são 1877, 1881,

1883–1885, 1885–1887 e 1899. Os hiatos temporais deixados por essa fonte podem ser em maior ou menor medida preenchidos por outras fontes como as atas de reuniões da Irmandade. Particularmente nessa pesquisa, preferimos tomar outro caminho e mergulhar em dados agregados constantes de outras fontes como anuários estatísticos para preencher esta lacuna.

Finalmente, para enriquecer a análise comparativa tendo em vista a atuação de outras instituições dedicadas a atender parte da população pobre acometida pelas doenças do século XIX, acrescentamos ao nosso conjunto de dados a movimentação hospitalar de dois anos de um hospital de isolamento, o Lazareto do Fundão, dedicado a atender os casos de febre amarela em período de crise. A Figura 9 mostra a documentação desse estabelecimento, símbolo máximo dos tempos de crise de febre amarela em Campinas. Esses registros foram sistematizados na base *Lazareto do Fundão (1890/1892)*, auxiliar aos dados já recolhidos para a Santa Casa e que conta com 612 enfermos diagnosticados com febre amarela.

FIGURA 9 – Livro de Enfermos do Lazareto do Fundão, 1890–1892

Número	Nome	Idade	Nacionalidade	Condição	Profissão	Sexo	Data	Estado	Diagnóstico	Observações
1	Paulo José Sparto	27	Italiano	?	Sanitário	25	Jan 26	Jan 26	F. A.	Entre maciços
2	Julio Jony	31	Francês	Solt.	Costureiro	25	25	"	F. A.	Tallem
3	Arnold Sparto	28	Portug.	Carada	Tallem	11	15	15	F. A.	Tallem
4	Alvarado Sparto	24	"	Solt.	"	11	"	"	F. A.	Carada
5	Paulo Jacya	40	Italiano	Viro	"	11	"	"	F. A.	Tallem
6	Emil Sparto	25	Brasileiro	Carada	Alfabeto	12	"	"	F. A.	"
7	Leonora Sparto	31	Italiano	Solt.	Costureiro	12	"	"	F. A.	Carada
8	Luiz Carlos Sparto	11	Braz.	"	"	12	"	"	F. A.	"
9	Luiz Carlos Sparto	8	"	"	"	12	"	"	F. A.	"
10	Luiz Carlos Sparto	10	"	"	"	12	"	"	F. A.	"
11	Luiz Carlos Sparto	30	"	Carada	"	15	"	"	F. A.	Tallem
12	Luiz Carlos Sparto	21	"	Solt.	Tallem	15	"	"	F. A.	Carada
13	Luiz Carlos Sparto	21	"	Carada	"	12	"	"	F. A.	Tallem
14	Luiz Carlos Sparto	20	"	"	"	19	"	"	F. A.	"
15	Luiz Carlos Sparto	27	"	Solt.	"	20	"	"	F. A.	"
16	Luiz Carlos Sparto	11	"	"	"	20	"	"	F. A.	Carada
17	Luiz Carlos Sparto	25	"	Carada	"	21	"	"	F. A.	Tallem
18	Luiz Carlos Sparto	40	Alemão	"	Tallem	21	"	"	F. A.	"
19	Luiz Carlos Sparto	17	Braz.	Solt.	Carada	24	"	"	F. A.	"
20	Luiz Carlos Sparto	20	"	Carada	"	24	"	"	F. A.	"
21	Luiz Carlos Sparto	30	Portug.	Solt.	Tallem	25	"	"	F. A.	"
22	Luiz Carlos Sparto	33	Italiano	"	Carada	25	"	"	F. A.	"
23	Luiz Carlos Sparto	40	Viro (Braz.)	Viro	"	25	"	"	F. A.	"
24	Luiz Carlos Sparto	25	Braz.	Carada	"	25	"	"	F. A.	"
25	Luiz Carlos Sparto	30	"	"	Costureiro	25	"	"	F. A.	"
26	Luiz Carlos Sparto	9	"	"	"	25	"	"	F. A.	"
27	Luiz Carlos Sparto	28	Italiano	Carada	Costureiro	3	10	10	F. A.	Carada
28	Luiz Carlos Sparto	18	"	"	Carada	5	"	"	F. A.	Tallem
29	Luiz Carlos Sparto	24	Braz.	Solt.	"	5	"	"	F. A.	Carada

Fonte: Livro de Registro do Lazareto do Fundão (1892).

Com documentação mais modesta em termos de informações e abrangência temporal, os livros do Lazareto do Fundão trazem um grande volume de casos de febre amarela e malária durante os momentos da epidemia e sua mortalidade durante os anos analisados chega a 53% dos casos, bem mais elevada que a da Santa Casa. Esses livros trazem o nome do paciente, idade, nacionalidade e estado conjugal. Com o tratamento metodológico adequado e as devidas precauções, podem ser extraídas informações sobre a prevalência de determinadas doenças, em especial as infectocontagiosas, letalidade e estudos de mortalidade diferencial por sexo, condição jurídica, nacionalidade, estado conjugal, por setor de atividade econômica, entre

outras possibilidades. Traçar um perfil dos atingidos pela febre amarela é uma das principais vantagens dessa fonte em comparação aos registros da Santa Casa, onde essa moléstia pouco aparece.

No entanto, quais fontes podem trazer informações sobre o tratamento empreendido nesses hospitais? Vale a pena tratar brevemente de duas principais fontes que ajudam a compreender esse cenário de maneira mais completa: os livros de fórmulas para remédios e receituários.

Os livros de *Fórmulas para Remédios da Santa Casa (1878–1881)* constituem-se em outra fonte importante para compreender se os avanços da medicina poderiam ou não ter algum efeito sobre uma redução da mortalidade ao longo do tempo. As práticas de cura podem ser analisadas quanto à sua eficiência e eficácia, ajudando a desenhar um panorama do conhecimento médico disponível na época. Essa série documental é composta por várias receitas de remédios recomendadas aos pacientes da Santa Casa de Misericórdia. Ele não possui, no entanto, anotação explícita sobre qual a doença a que se dedicavam a curar. É possível recuperar essa informação através de teses e dicionários de medicina tradicional da época.

Nota-se que a composição dos medicamentos indicados na Santa Casa compreendia diversos conceitos médicos, desde as concepções químicas – com a ideia de que as substâncias são venenos, mas na dose correta poderiam se transformar em medicamentos; até inspirações da medicina popular e do pensamento antigo de Galeno (ca. 129 – ca. 217), que postulava a existência de fluidos (*humores*) que afetam as funções corporais. Essas concepções aparecem nas fórmulas de remédios baseadas, por exemplo, em arsênio e metais como o mercúrio, além de uma grande quantidade de vomitórios e purgativos.

Desconhecemos até o momento uma documentação semelhante disponível para o Lazareto do Fundão. Como uma aproximação válida para compreender o tratamento empenhado pelos médicos acadêmicos da época nos pacientes com febre amarela, utilizamos o *Livro de Registro do Receituário do Dr. Vito Pacheco Leão*, um acadêmico interno do hospital Escola Corrêa de Mello que tratou casos e febre amarela durante a epidemia de 1889 (LEÃO, 1889).

Por fim, notemos que muito embora as conclusões extraídas de apenas uma parte da população campineira – a que acessou os serviços da Santa Casa e do Lazareto – tenha limitações, elas permitem trazer elementos novos para a compreensão da morbimortalidade para um período no qual pouco se sabe sobre esse fenômeno.

3.2 A análise das estatísticas de mortalidade e morbidade

O objetivo desta seção é explorar as possibilidades trazidas pelas informações populacionais e pelos registros hospitalares para o estudo da mortalidade e da morbidade. Em um primeiro momento, cabe discutir os métodos utilizados para gerar estimativas populacionais, bem como para empreender a análise dos períodos de mortalidade extraordinária e ordinária, mortalidade por causas e análise de diferenciais por subgrupos da população a partir do Registro Civil de Óbitos. Em um segundo momento, nos dedicamos a desenvolver os métodos de

análise dos registros hospitalares, em especial da Santa Casa de Misericórdia, que permitem a construção de modelos para estimar as probabilidades de morte hospitalar e os diferenciais de mortalidade entre a população escravizada e livre, nacional e estrangeira.

As estimativas da população de Campinas para os anos intercensitários foram realizadas tomando como balizadores os valores da população total reportados nos Censos de 1872²², 1886, 1890 e 1900. Realizamos um procedimento simples de interpolação linear que, longe do ser o método ideal, nos oferece a população intercensitária estimada com base em uma taxa de crescimento anual calculada a partir dos levantamentos censitários²³.

Considerar uma taxa de crescimento constante ao longo de um período em que a migração teve impacto significativo na dinâmica da cidade nos leva a estimativas que precisam ser analisadas com cautela. Outro fator complicador para a validade desse pressuposto, por exemplo, foi o êxodo da população urbana de Campinas que, de acordo com a literatura ocorreu durante a crise de febre amarela de 1889 (SANTOS FILHO; NOVAES, 1996). Não é razoável supor um decréscimo linear da população nessas condições. Outra forma de estimar a população intercensitária é utilizando as taxas de crescimento anuais dada pelas diferenças entre nascimentos e óbitos, além de uma porcentagem proporcional ao saldo migratório.

Infelizmente, os totais de nascimentos anteriores a 1894 não estão disponíveis e como observam Bassanezi e Cunha (2019, p. 20), “não se sabe o volume das entradas e saídas de pessoas no município durante o período – em outros termos, não se conhece o saldo migratório”, no que podemos aproximar esse valor do número relativo de imigrantes vindos da Hospedaria dos Imigrantes em São Paulo para Campinas. Vale ressaltar que essa aproximação não dá acesso à importância relativa das migrações internas e de migrantes internacionais que vieram a Campinas diretamente do porto de Santos, processos migratórios cujo cálculo ainda hoje é um desafio para os demógrafos. Além do mais, o volume de imigrantes só passou a ser publicado nos anos finais da década de 1890, o que impede o cálculo para a maior parte de nosso período de estudo.

Uma outra abordagem possível consiste em gerar estimativas de mortalidade e fecundidade por meio de métodos de *inverse projection*, como proposto em trabalho pioneiro de Lee (1974). Na projeção inversa, utilizam-se sequências de nascimentos e óbitos para derivar sequências de estatísticas vitais e distribuições por idade da população em qualquer período do tempo. Nesse sentido, a metodologia é *inversa* em relação à lógica da projeção tradicional, que utiliza uma sequência de taxas e distribuições por idade para derivar os nascimentos, óbitos e distribuições por idade. Em teoria, o método pode ser utilizado para avançar ou retroceder no tempo. Essa abordagem, no entanto, foge do escopo da presente dissertação.

As taxas brutas de mortalidade foram calculadas para o período em que dispomos dos dados e estimativas produzidas por meio do exercício de interpolação (1889-1900). Esse

²² Tendo em vista que a data de referência deste levantamento para a província de São Paulo é 30 de janeiro de 1874.

²³ Uma discussão introdutória sobre esses métodos pode ser encontrada em Givisiez (2004). O autor discute o uso de técnicas de interpolação para corrigir datas de referências dos censos, desagregar grupos etários, suavizar curvas, entre outras técnicas de estimação de dados populacionais.

procedimento de cálculo direto, isto é, sem utilização de métodos de correção de sub-registro de óbitos e subenumeração dos censos populacionais geraram estimativas extremamente elevadas, o que para alguns anos se traduzem em resultados pouco plausíveis. Além disso, não podemos descartar os problemas envolvidos na estimação da população dos anos intercensitários devido ao impacto profundo dos movimentos migratórios, que inviabilizam a aplicação de cálculos indiretos cujos pressupostos estejam ligados à estabilidade da população. Mesmo o cálculo das taxas brutas torna-se um exercício perigoso diante da incerteza das informações.

Outro indicador fundamental para avaliação dos níveis de mortalidade da população e compreensão do cenário pré-transição demográfica e epidemiológica é a taxa de mortalidade infantil. Tendo à disposição os nascidos vivos entre os anos de 1894 e 1990 fornecidos pelo Anuário Demográfico da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária de São Paulo (1932) e os óbitos do Registro Civil de Campinas, esse indicador pode ser calculado de maneira direta. No entanto, calcular indicadores de mortalidade com base no Registro Civil traz desafios importantes devido às flutuações aleatórias nos óbitos e nascimentos, em especial para áreas pequenas e subgrupos da população. Dessa forma, as conclusões extraídas a partir desses dados devem ser vistas com especial cautela²⁴.

Além de uma mortalidade infantil geralmente elevada, a grande variabilidade dos óbitos e flutuações devido às crises de mortalidade e crises de subsistência, proveniente da escassez de alimentos, são um elemento característico do período pré-transição demográfica e epidemiológica em grande parte das populações do passado. Fomes, pestes e guerras foram tidos como os fatores determinantes dessas crises. Aliás, a chamada “mortalidade de crise” – uma elevação dos óbitos acima de uma variabilidade normal devido a uma causa exógena ou endógena à população – tinha impacto significativo na dinâmica dessas populações. Essa elevação dos óbitos provocava alterações nas outras variáveis demográficas como a migração, fecundidade e nupcialidade.

Autores como Del Panta e Livi-Bacci (1977), Hollingsworth (1979) e Dupâquier (1979) desenvolveram diferentes métodos e definições para identificar os períodos de *mortalidade ordinária* (“normalidade”) e de *mortalidade extraordinária* (“crises de mortalidade”). Em geral, esses autores consideram o uso de médias móveis de grandes séries históricas para estabelecer um parâmetro seguro para a mortalidade ordinária, isto é, aquela em que os óbitos atingem níveis e variabilidade dentro do esperado para os padrões do local e da época.

O método de Dupâquier (1979) é um dos mais frequentes na literatura. Ele envolve a criação de um indicador de intensidade das crises baseado na relação entre o número de óbitos e a média dos óbitos dos dez anos anteriores segundo a fórmula $I = \frac{D-M}{\sigma}$. I é a medida de intensidade das crises de mortalidade, D é o número de óbitos no ano corrente, M é a média

²⁴ Uma literatura relativamente ampla discute os problemas envolvidos na construção de indicadores de mortalidade infantojuvenil para populações do passado. Para um debate mais recente sobre os problemas de mensuração, classificação, definição e identificação dos determinantes da mortalidade infantil no contexto da transição demográfica e epidemiológica, ver Pozzi e Ramiro Fariñas (2015).

dos dez anos anteriores e σ é o desvio padrão dessa série de óbitos²⁵. Outra possibilidade de análise pode ser feita a partir do método de Del Panta e Livi-Bacci (1977), que considera como parâmetro para crise somente valores acima de um incremento de 50% no comportamento dos óbitos do período de normalidade.

Ambos os métodos exigem uma série histórica abrangente dos períodos anteriores às crises de mortalidade como parâmetro para a mortalidade ordinária, o que em nossa pesquisa não foi possível realizar, dado que a estruturação do Registro Civil se iniciou em 1889, ano da primeira crise de febre amarela em Campinas, considerada a maior e de maior impacto econômico e social do período. Dessa forma, conhecendo *a priori* os anos de não ocorrência da febre amarela em Campinas, consideramos períodos de mortalidade extraordinária aqueles em que a elevação dos óbitos supera o desvio padrão dos óbitos em que não houve febre amarela na cidade.

As taxas de mortalidade de uma população compõem um dos elementos descritivos básicos da demografia. No entanto, diante das limitações dos dados populacionais e de mortalidade de Campinas no século XIX, o simples cálculo não constitui uma tarefa trivial, devido a um problema tanto de *numerador*, em que não se conhece a cobertura dos registros de óbitos, quanto de *denominador*, em que a subenumeração da população é desconhecida. Em casos como esses, é possível derivar estimativas de óbitos por causas e diferenciais de mortalidade entre subgrupos por meio de uma razão que considere somente as informações vindas dos óbitos.

Em outras palavras, descrevemos os resultados em termos de mortalidade proporcional, isto é, analisando a distribuição percentual dos óbitos tendo como denominador os óbitos totais registrados (ALDERSON, 1988, p. 75). Se por um lado essa forma de apresentação independe do denominador, isto é, das informações sobre a população que na maioria dos casos não está disponível, o sub-registro de óbitos pode estar desigualmente distribuído entre as diversas categorias, resultando em distorções na proporcionalidade dos óbitos informados.

A relação entre mortalidade e desigualdade são uma das grandes questões da demografia. Particularmente, a literatura sobre o tema se concentrou em consolidar uma série de métodos de análise das taxas de mortalidade e morbidade para determinada população de interesse, com o uso de fontes quantitativas e qualitativas para investigar os níveis, padrões e tendências da mortalidade. A precariedade dos registros populacionais é uma barreira natural, porém não impeditiva, e induz à busca de outras fontes como as estatísticas hospitalares para complementar o entendimento da mortalidade, especialmente em um momento de intensas transformações políticas e sociais, como o fim da escravidão.

As Matrículas de Enfermos da Santa Casa de Misericórdia e do Hospital de Isolamento do Fundão constituem-se como fontes ricas para uma maior compreensão da morbidade durante o século XIX. As informações hospitalares contidas nelas trazem nível de detalhamento

²⁵ Uma das vantagens desse método é a criação de um indicador para análise da amplitude da crise de mortalidade. Valores do índice entre 1 e 2 são identificados como crises menores; de 2 e 4, crises médias; de 4 a 8, crises fortes; de 8 a 16, crises importantes; e valores acima de 32, crises catastróficas.

que permite a aplicação de vários métodos de análise de mortalidade e morbidade, por compreenderem também os casos não fatais. Essa documentação é capaz de responder a perguntas como: Qual o perfil da população que teve acesso a esses serviços de saúde? Quais as doenças mais frequentes e de quais doenças morriam? Como essa experiência de mortalidade se diferencia da população em geral? Quanto tempo durava o atendimento, em média? Qual a taxa de mortalidade e de cura por causas específicas e por subgrupos da população como escravizados e livres?

Os fluxos de entrada e saída de enfermos trazem inúmeras possibilidades de análise, inclusive o cálculo do tempo de permanência hospitalar para cada paciente – informação que raramente é disponível e serve como uma medida de saúde da população. A taxa de permanência hospitalar é usada desde os tempos de William Farr, pioneiro no desenvolvimento de estatísticas sobre epidemiologia na Inglaterra do século XIX (VANDENBROUCKE; VANDENBROUCKE-GRAULS, 1988, p. 700). Um dos aspectos característicos desses dados é que enquanto a maior parte dos pacientes permanecem em tratamento durante um curto período de tempo, uma parcela muito pequena dos casos podem permanecer por muito mais tempo, o que causa uma distorção dos valores médios (ALDERSON, 1988, p. 260). Com os valores de permanência hospitalar de pacientes curados e falecidos, é possível utilizar essa informação para realizar um acompanhamento longitudinal dos pacientes e estimar, por exemplo, curvas de sobrevivência que revelem diferenciais de mortalidade (GORDIS, 2014, p. 126).

Para analisar a mortalidade hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de Campinas, utilizamos modelos de regressão logística para acessar as probabilidades de morte a partir dos dados individuais de 24 anos de registros de entradas e saídas. Trata-se de uma das abordagens possíveis para os casos em que a variável de interesse, a morte hospitalar, assume valores binários como morte/sobrevivência. Nossa análise compreendeu as variáveis sintetizadas no Quadro 2, em que a variável dependente assume valor um para indivíduos que morreram no hospital da Santa Casa e zero, caso contrário. Expandimos as possibilidades de trabalho anterior retirando variáveis em que os diferenciais de mortalidade não são significativos como local de residência e perfil ocupacional, incluindo informações sobre o perfil de morbimortalidade dos atendidos, em termos de incidência e mortalidade por doenças infecciosas, não infecciosas e mal definidas.

Para minimizar os efeitos de erros de declaração e exagero nas idades avançadas, optamos por agrupar as idades em grandes grupos etários: 0 a 14 anos (mortalidade infantojuvenil), 15 a 59 anos (mortalidade adulta) e 60 anos ou mais (mortalidade em idades avançadas). Além disso, incorporamos as variações sazonais e temporais na mortalidade com o uso de variáveis que incluem o mês e o ano de admissão. Na regressão logística, a probabilidade de morte m para cada enfermo i com um conjunto de características (sexo, idade, estado conjugal, etc.) é dada em termos do logaritmo da razão de chances de mortalidade (*logit*). Uma das propriedades úteis que facilitam o cálculo e a interpretação dos resultados é a igualdade entre a média das

QUADRO 2 – Variáveis do modelo de regressão logística para mortalidade hospitalar

Variável	Descrição
Variável dependente	Variável binária igual a 1 se o indivíduo faleceu no hospital
Idade	Conjunto de variáveis binárias para idade do paciente em grandes grupos etários (0-14 anos, 15-59 anos e 60 anos ou mais)
Sexo	Variável binária igual a 1 se o indivíduo para sexo masculino
Estado conjugal	Variável binária igual a 1 para indivíduos casados
Perfil de morbidade	Conjunto de variáveis binárias para grandes grupos de doenças (Infecciosas, Não Infecciosas e Mal Definidas)
Mês e ano de admissão	Conjuntos de controles para meses e anos

Fonte: Livros de Matrículas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a,b) e Livro de Altas da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1895).

razões de chance de mortalidade e a proporção de óbitos observada.

$$\bar{M}_j = \overline{F(X_{ij}\beta_j)} = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N F(X_{ij}\beta_j) \quad (1)$$

Em que \bar{M}_j é a proporção de óbitos observada para a subpopulação j , X_i é o vetor de variáveis explicativas (sexo, idade, estado conjugal, etc.), β é o vetor de coeficientes estimados da regressão logística e $F(\cdot)$ é a função de distribuição logística. Diversos trabalhos, em especial no campo da história econômica, empregaram métodos semelhantes para análise da mortalidade a partir de dados individuais²⁶.

A partir desse método, é possível estimar as diferenças de mortalidade entre indivíduos pertencentes a dois subgrupos diferentes da população, como escravizados e livres, brasileiros e estrangeiros, revelando contrastes entre esses grupos da população. Mas a que fatores se devem essas diferenças de comportamento da mortalidade entre as duas populações? Motivados por essa questão, uma série de trabalhos como o de Evelyn Kitagawa (1955), Das Gupta (1978) e Canudas Romo (2003) desenvolveram os chamados *métodos de decomposição* que buscam separar quanto das diferenças de mortalidade se deve a um efeito da estrutura etária e quanto se deve a diferenças entre estruturas de taxas de mortalidade.

De maneira similar à realizada para taxas de mortalidade e estimativas de esperança de vida em nível agregado, alguns métodos de decomposição baseados em estimativas de regressão foram desenvolvidos. Por meio desses procedimentos de decomposição, podemos estimar o quanto do diferencial entre subgrupos da população se deve às diferenças nas características da população, diferenças entre probabilidades de morte atribuídas a essas características ou a fatores não observados. Esse exercício é particularmente interessante porque a documentação da Santa Casa permite controlar as diferenças de mortalidade não somente por sexo e idade, mas também por outras características como estado conjugal ou por determinadas causas de morte.

²⁶ Para citar apenas alguns exemplos de trabalhos que utilizaram essa abordagem, destacamos Ferrie (2003), que adotou um cruzamento de dados de mortalidade com os Censos de 1850 e 1860 dos Estados Unidos, Green e Hamilton (2013), com o Censo da Carolina do Norte de 1880 e Pritchett e Yun (2009), a partir de dados da população escravizada e livre de um hospital de New Orleans.

Nosso interesse no âmbito dessa pesquisa é investigar os diferenciais de mortalidade por condição jurídica e nacionalidade, por exemplo, entre escravizados *vis-à-vis* livres e brasileiros *vis-à-vis* estrangeiros. Dessa forma, podemos estimar separadamente a mortalidade para a população escravizada e para a população livre. O primeiro pressuposto do método é que os dois subgrupos da população escolhidos devem ser mutuamente excludentes²⁷. Em outras palavras, um mesmo indivíduo não pode pertencer aos dois subgrupos de interesse. No entanto, a população escravizada pode ser tanto nativa quanto estrangeira, e uma forma de lidar com isso é separar a análise em dois momentos: primeiro, estimar os diferenciais entre escravizados e livres; em seguida, estimar os diferenciais entre brasileiros livres e estrangeiros livres, excluindo escravizados.

A partir desse resultado, estimamos a proporção de óbitos de escravizados e livres separadamente, ou outra forma, \bar{M}_E e \bar{M}_L . Calculamos a partir disso qual seria a taxa de mortalidade dos livres caso apresentassem as mesmas chances de mortalidade dos escravizados, \bar{M}_L^* . Esse valor fornece uma estimativa análoga a um procedimento de padronização de taxas de mortalidade, em que se calculam os óbitos esperados caso a população livre apresentasse a estrutura de taxas de mortalidade dos escravizados. A mortalidade diferencial entre escravizados e livres, portanto, pode ser decomposta em dois componentes:

$$\bar{M}_E - \bar{M}_L = \underbrace{\sum_{k=1}^K W_{\Delta X}^k [\bar{M}_E - \bar{M}_L^*]}_{\text{Efeito Composição}} + \underbrace{\sum_{k=1}^K W_{\Delta \beta}^k [\bar{M}_L^* - \bar{M}_L]}_{\text{Efeito Coeficiente}} \quad (2)$$

Os valores de $W_{\Delta X}^k$ e $W_{\Delta \beta}^k$ correspondem ao peso relativo de cada variável (sexo, idade, etc.) nos diferenciais de mortalidade. O primeiro componente, que chamamos *efeito composição* ou *efeito explicado pelas características*, expressa o quanto do diferencial de mortalidade entre escravizados e livres pode ser dado pelas diferenças nas características de cada subgrupo da população. Suponha-se que indivíduos adultos tenham maiores chances de sobrevivência que crianças e idosos. Se a população livre apresentar maior proporção de adultos que a população escravizada, parte do diferencial poderá ser explicado por um efeito composição.

O segundo componente, que chamamos de *efeito dos coeficientes*²⁸ ou *efeito não explicado pelas características*, expressa o quanto do diferencial de mortalidade entre escravizados e livres pode ser dado pelas diferenças na experiência de mortalidade a que cada um desses grupos está sujeita. Isso envolve o efeito diferencial de probabilidades de morte associadas às características da população, mas também o efeito de variáveis não observadas. Suponha-se

²⁷ Para realizar os cálculos desse trabalho, utilizamos a rotina escrita por Jann (2008) para o software Stata. Para mais detalhes sobre os procedimentos de decomposição baseados em regressão com aplicações na economia, ver Fortin, Lemieux e Firpo (2011). Para aplicações em Demografia a partir de dados de pesquisas amostrais, ver Canudas Romo (2003).

²⁸ O efeito ganha esse nome porque diz respeito às diferenças entre os coeficientes da regressão logística estimados para cada um dos subgrupos da população. Procedimentos adicionais foram realizados para que o resultado das decomposições fosse invariante às categorias utilizadas como referência no modelo de regressão. Para detalhes, ver Yun (2004, 2005a,b).

que a população livre tenha mais recursos para evitar a exposição a uma doença infecciosa em comparação à população escravizada. Nesse caso, parte do diferencial de mortalidade poderá ser devido a um efeito não explicado por diferenças nas características. Esse mesmo procedimento pode ser realizado para quaisquer dois subgrupos da população que sejam mutuamente excludentes: brasileiros e estrangeiros, homens e mulheres, casados e não casados.

Em resumo, diante dessa construção metodológica, quatro potenciais mecanismos são responsáveis pelas diferenças de mortalidade entre duas populações: (1) diferenças nas características observadas; (2) diferenças nas probabilidades de morte associadas às características observadas; (3) diferenças em características não observadas e (4) diferenças nas probabilidades de morte associadas às características não observadas. O que chamamos de *efeito composição* nos dá acesso à contribuição do primeiro mecanismo. O segundo componente, que chamamos de *efeito coeficiente*, reúne as contribuições dos demais mecanismos e de fatores não observados.

3.3 Procedimentos para uma classificação histórica de doenças

O objetivo desta seção é expor os principais procedimentos utilizados para normalizar, tratar e analisar as informações de expressões diagnósticas das bases de dados de mortalidade para Campinas utilizadas nesse estudo, com a finalidade de construir estimativas de mortalidade e morbidade por causas selecionadas. Primeiro, buscamos recuperar o histórico das classificações de doença e as principais motivações para estabelecer critérios de classificação que permitam a comparabilidade entre diversos estudos, apresentando algumas das principais classificações de doenças adotadas por historiadores, epidemiologistas e demógrafos para análise da mortalidade e morbidade. Em seguida, desenvolvemos os critérios de normalização e criação de uma tabela de nomenclaturas que torne possível a atribuição de cada doença, sintoma ou sinal, a uma categoria de classificação de doenças e *causa mortis*. Por fim, delineamos os critérios de classificação para os casos em que um único diagnóstico apresenta múltiplas expressões diagnósticas correspondentes a várias doenças de diversas naturezas.

Atribui-se ao inglês John Graunt (1620–1674) o trabalho pioneiro da demografia a partir de seu estudo estatístico sobre a mortalidade por causas intitulado *Natural and political observation made upon the Bills of Mortality* (1662). Uma das contribuições de Graunt, conforme Laurenti (1991, p. 410), foi a *nosografia* proposta, isto é, a atribuição de um nome a cada entidade mórbida, sendo o conjunto desses nomes uma nomenclatura de doenças.

Motivados pela necessidade de comparar o comportamento da mortalidade em diversos países, os estudiosos subsequentes a Graunt propuseram a sistematização de agrupamentos de várias entidades mórbidas em alguns poucos grupos de análise. Esse trabalho, denominado *nosologia*, tem como objetivo o estabelecimento de acordos e critérios que sirvam a propósitos estatísticos e de comparabilidade entre diversos tipos de dados em mortalidade.

A importância de uma classificação estatística de uso internacional foi colocada no Primeiro Congresso Internacional de Estatística, realizado em Bruxelas em 1853. Nessa oportu-

nidade, o médico William Farr apresentou uma proposta de classificação com 5 classes: doenças epidêmicas, endêmicas e contagiosas; doenças constitucionais; doenças localizadas; doenças do desenvolvimento; doenças ou mortes violentas (LAURENTI, 1991, p. 410).

Em 1893, a primeira classificação internacional de causas de morte foi estabelecida pelo Instituto Internacional de Estatística. Trata-se da *Classificação de Causas de Morte de Jacques Bertillon*, detalhada no Quadro 3 e composta por 14 grupos principais denominados capítulos. Uma das inovações trazidas pela Classificação de Bertillon em comparação às propostas anteriores foi o capítulo de Doenças Mal Definidas, que se mantém até a atualidade, com a adoção a partir de janeiro de 2022 da 11^a Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11), elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

QUADRO 3 – Classificação Internacional das Causas de Morte de Bertillon (1893)

1. Doenças Gerais
2. Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos do Sentido
3. Doenças do Aparelho Circulatório
4. Doenças do Aparelho Respiratório
5. Doenças do Aparelho Digestivo
6. Doenças do Aparelho Geniturinário e de seus Anexos
7. Estado Puerperal
8. Doenças da Pele e do Tecido Celular
9. Doenças dos Órgãos da Locomoção
10. Vícios de Conformação
11. Primeira Idade
12. Velhice
13. Afecções Produzidas por Causas Externas
14. Doenças Mal Definidas

Fonte: Laurenti (1991, p. 411).

No mais, vale ressaltar a própria evolução da terminologia da classificação, que em um primeiro momento incluía apenas informações sobre causas de morte. De fato, até as primeiras décadas do século xx, as informações sobre frequência de doenças eram extraídas das estatísticas de mortalidade por causa. Segundo Laurenti (1991, p. 410), a escassez de estatísticas de morbidade, como por exemplo, registros hospitalares, foi um dos motivos pelos quais por muito tempo a história das classificações de doenças continuaram como um história de classificação de causas de morte.

Da primeira revisão em 1900 até a quinta revisão, o governo francês tinha a responsabilidade de convocar as Conferências Internacionais de Revisão à Classificação de Bertillon.

A partir da Sexta Revisão da Classificação Internacional de Doenças de 1948, a responsabilidade pelos trabalhos passa a ser da Organização Mundial de Saúde. Na CID-6, foi aprovada uma classificação que incluía a morbidade e estabelecia critérios objetivos para a seleção da *causa básica de morte*, isto é, da causa principal que desencadeou o processo mórbido que levou ao óbito (LAURENTI, 1991, p. 412).

Compreender o histórico das classificações de doenças e causas de morte é um exercício útil para esboçar os parâmetros, critérios e limites a serem adotados nesta pesquisa em específico. Aliás, como observa Daniel Oliveira (2012, p. 51), qualquer estudo que pretenda analisar a morbidade e a mortalidade de determinada população deverá se servir de algum sistema classificatório.

Uma das metodologias mais utilizadas para a mortalidade no passado brasileiro, em especial no século XIX é o sistema de classificação proposto por Mary Karasch (2000), apresentada no Quadro 4, que inclui 13 categorias principais e apresenta inúmeras semelhanças com a Classificação de Bertillon.

QUADRO 4 – Classificação das Causas de Morte de Mary Karasch (2000)

1. Doenças infecto-parasíticas
2. Sistema digestivo
3. Sistema respiratório
4. Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos
5. Primeira infância e malformações congênitas
6. Morte violenta e acidental
7. Sistema circulatório
8. Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
9. Gravidez, parto e puerpério
10. Sistema geniturinário
11. Causas conhecidas (variadas)
12. Causas de morte mal definidas
13. Causas desconhecidas

Fonte: Karasch (2000, p. 497–503).

A autora utiliza em sua pesquisa os registros de óbito e internação da Santa Casa do Rio de Janeiro e, para isso, apresentou a necessidade de um sistema que incluísse não somente as causas de morte, como na proposta de Bertillon, mas também as doenças e causas de internação. Baseando-se nesses mesmos procedimentos metodológicos, Daniel Oliveira (2018) adotou uma modificação do sistema de Karasch para o estudo da morbimortalidade em Porto Alegre durante o último quarto do século XIX. Barreto e Pimenta (2013), ao estudarem a saúde dos escravos na Bahia oitocentista com os dados da Santa Casa de Misericórdia, também adotaram o

mesmo sistema, preservando uma razoável comparabilidade entre alguns estudos de morbidade e mortalidade no passado utilizando como fontes a documentação das Santas Casas.

A adoção de um sistema classificatório ou outro não é invariante ao objetivo de cada autor na definição de suas estatísticas de mortalidade. Sousa (2019), por exemplo, analisou a documentação de Santas Casas de Misericórdia, presídios, testamentos e registros paroquiais e de cemitérios. Diante de uma vasta gama de fontes para compreender as condições de saúde de escravos na Corte do Rio de Janeiro, encontrou dificuldades na determinação das causas mortis e optou pela solução de criar uma lista de nomenclaturas e agrupar as expressões diagnósticas segundo o que seria o “diagnóstico provável”, em meio a sintomas e sinais que não poderiam ser de fato uma causa de morte.

O sistema de Karasch (2000) inspirado na Classificação de Bertillon, apesar de ser amplamente utilizado por historiadores e se mostrar adequado para o estudo do passado brasileiro, não atende a todas as necessidades de um olhar demográfico. Moraes (2014), explorando os óbitos de Campinas na última década do século XIX, utilizou a classificação do relatório da Diretoria de Estatística e Arquivo do Estado de São Paulo, publicado em 1894 (Quadro 5). A autora justifica a escolha metodológica pela proximidade das nomenclaturas escritas no registro civil de Campinas com a classificação. No caso de múltiplas expressões diagnósticas, a autora privilegiou a primeira causa escrita ou, quando evidente, a de maior letalidade (MORAES, 2014, p. 38).

QUADRO 5 – Classificação das Causas de Morte do Estado de São Paulo (1894)

<ol style="list-style-type: none"> 1. Natos mortos 2. Moléstias especiais dos recém-nascidos 3. Velhice 4. Mortes Violentas 5. Moléstias infecciosas e epidemias 6. Moléstias de generalização e diáteses 7. Moléstias do sistema nervoso 8. Moléstias dos aparelhos respiratório e circulatório 9. Moléstias dos aparelhos digestivo e anexos 10. Moléstias dos órgãos sexuais e urinários com inclusão das puerperais 11. Moléstias dos órgãos da locomoção, pele e tecido celular 12. Moléstias mal determinadas 13. Mortes por causas não assinaladas
--

Fonte: Repartição de Estatística e Arquivo do São Paulo (1894b).

Embora seja muito semelhante ao sistema de Karasch, uma separação mais evidente entre as doenças infecciosas e não infecciosas, bem como um capítulo para causas externas

é importante para os estudos que lidam com o período pré-transição epidemiológica ou usam esse arcabouço teórico-conceitual, à medida que o objetivo é analisar a mudança do padrão de morbimortalidade de uma dominância das doenças infecciosas para doenças cardiovasculares e crônico-degenerativas ao longo do tempo.

Um sistema classificatório mais adequado ao enquadramento na Teoria da Transição Epidemiológica levaria em consideração não somente critérios etiológicos e anatômicos das doenças, mas também deveria incluir os possíveis mecanismos de transmissão de doenças infecciosas que são, definitivamente as que determinaram o processo de transição epidemiológica. Dessa forma, Bernabeu-Mestre et al. (2003) e Bernabeu-Mestre (1993) apresentam uma classificação de causas de morte baseada na classificação de Bertillon e de McKeown (1976), de forma que as doenças são divididas em apenas três capítulos: infecciosas, não-infecciosas e mal definidas.

Dentro do capítulo das doenças infecciosas, no entanto, enfatiza-se os mecanismos de transmissão das doenças, o que é fundamental para uma definição mais precisa do perfil de morbimortalidade para o período pré-transicional. São esses mecanismos a transmissão por água e alimentos, pelo ar, por vetores e outros (classificadas de acordo com o critério anatômico, isto é, de acordo com o órgão ou sistema que atingem). Nesse sentido, existe um potencial ganho em privilegiar os mecanismos causais que explicam a morbimortalidade (BERNABEU-MESTRE et al., 2003, p. 173).

No âmbito desta pesquisa, utilizamos a Classificação de Bernabeu-Mestre adaptada de McKeown (Quadro 6), adequando as categorias de acordo com as particularidades dos dados. Essa informação é útil para analisar, por exemplo, se alguma política de saúde pública poderia interferir nos indicadores de algumas doenças específicas combatendo, de maneira intencional ou não, os seus mecanismos de transmissão.

Uma limitação, no entanto, diz respeito à falta de comparabilidade entre os sistemas classificatórios e outros estudos sobre Santas Casas Brasileiras. Em um movimento para preservar a comparabilidade e admitindo que a classificação proposta é passível de críticas e revisões, disponibilizamos as listas de nomenclaturas e tabelas de correspondências em um repositório exclusivo para esta dissertação.

O primeiro passo para adotar um sistema de classificação de doenças e *causa mortis* é agrupar as expressões diagnósticas de acordo com alguns critérios previamente estabelecidos que definam um conjunto de expressões diagnósticas ligadas à mesma entidade mórbida. O produto desse exercício é uma lista de nomenclaturas de doenças mais ou menos normalizada, que estabelece os níveis máximos de desagregação dentro da classificação de doenças.

Reunindo as expressões diagnósticas que aparecem no Registro Civil e nas matrículas da Santa Casa de Campinas, identificamos um extenso rol de 6.256 expressões diagnósticas diferentes, que incluem registros ilegíveis, incertos, sintomas, sinais, causas de morte e variações de nomenclaturas referentes à mesma doença.

Para explicitar os critérios utilizados para a classificação, seguimos os mesmos pro-

QUADRO 6 – Classificação de Doenças de McKeown modificada

1. Doenças Infecciosas
 - 1.1. Infecciosas Transmitidas por Água e Alimentos
 - 1.2. Infecciosas Transmitidas pelo Ar
 - 1.2.1 Próprias da Infância
 - 1.2.2 Sistema Respiratório
 - 1.3. Infecciosas Transmitidas por Vetores
 - 1.4. Outras Infecciosas
 - 1.4.1 Pele e Tecido Subcutâneo
 - 1.4.2 Sistema Nervoso
 - 1.4.3 Órgão dos Sentidos
 - 1.4.4 Sistema Circulatório
 - 1.4.5 Boca e Anexos
 - 1.4.6 Sistema Geniturinário
 - 1.4.7 Dentição
 - 1.4.8 Sistema Respiratório
 - 1.4.9 Sistema Digestivo
2. Doenças não infecciosas
 - 2.1. Doenças carenciais
 - 2.2. Doenças metabólicas
 - 2.3. Doenças endócrinas e intoxicações
 - 2.4. Doenças cerebrovasculares
 - 2.5. Doenças do Sistema Nervoso
 - 2.6. Doenças do Sistema Circulatório
 - 2.7. Doenças do Sistema Respiratório
 - 2.8. Doenças do Sistema Digestivo
 - 2.8.1 Estômago
 - 2.8.2 Intestino
 - 2.8.3 Fígado, vias biliares e pâncreas
 - 2.9. Doenças do Sistema Geniturinário
 - 2.10. Doenças da pele, tecido subcutâneo e sistema locomotor
 - 2.11. Patologia Perinatal
 - 2.12. Vícios de Conformação
 - 2.13. Câncer e tumores
 - 2.14. Causas externas de morbidade e de mortalidade
3. Doenças Mal Definidas e Desconhecidas
 - 3.1. Mortes súbitas de causa desconhecida
 - 3.2. Morte sem assistência
 - 3.3. Outras causas mal definidas e não especificadas

Fonte: Adaptada de Bernabeu-Mestre et al. (2003) a partir da proposta de McKeown (1976).

cedimentos constantes em Bernabeu-Mestre et al. (2003), destacando alguns exemplos encontrados em nossa documentação. Para normalizar nomenclaturas que representavam sinônimos, sinais de doenças específicas e sintomas, utilizamos dicionários de época amplamente difundidos como o Dicionário de Medicina Popular de Pedro Napoleão Chernoviz (1890)²⁹, aliados a classificações de doenças mais atuais.

A partir dessa pesquisa, identificamos alguns sinônimos a serem tratados como referentes a uma mesma entidade mórbida. Exemplos, alguns deles também já apontados em trabalho anterior por Moraes (2014), são a *febre amarela* (tifo amarel, Mal de Sião, febre reinante, febre biliosa dos países tropicais, febre tifo icteróide), *malária* (febre palustre, febre paludosa, febre tifo-malárica, paludismo ou impaludismo), *tuberculose pulmonar* (bacilose pulmonar, phty-sica, tísica pulmonar), *coqueluche* (coqueluche ou tosse comprida), *tétano neonatal* (tétano dos recém-nascidos, tétano umbilical, trismus neonatorum), *febre tifoide* (tifo abdominal), *ancilostomíase* (cansaço, opilação, hipoemia intertropical).

Além disso, atualizamos algumas nomenclaturas para facilitar a classificação, preservando porém a forma com que aparecem no original. São os casos, por exemplo, do *mal de Pott* (tuberculose vertebral), *mal de Basedow* (doença de Basedow-Graves), *morbus maculosus Werlhoff* (púrpura hemorrágica), *tumor branco* (osteoartrite tuberculosa), *febre ictero-hemorrágica* (leptospirose) e *moléstia azul* (cianose).

Dois fatores adicionais de complicação da análise se colocam. O primeiro se deve ao fato de os registros hospitalares apresentarem múltiplas expressões diagnósticas para somente um paciente, o que não ocorre com tanta frequência nos óbitos de Moraes (2014) e de Bernabeu-Mestre et al. (2003). Por isso, é um procedimento suficiente para os autores escolher uma única causa com base naquela que poderia ser a “causa fundamental” perto de outras circunstanciais. No entanto, o que dizer de um paciente cujo diagnóstico é “broncoplegia, arterosclerose generalizada, cirrose hepática”? Ou no caso de “febre amarela, impaludismo, aborto fetal”?

O segundo problema se refere ao fato de os registros hospitalares compreenderem os casos não fatais. Portanto, é necessário adaptar a classificação para compreender desde as doenças mais mortais como a febre amarela, a gripe e a tuberculose até os casos mais triviais, como uma unha inflamada. Para lidar com casos que vão desde sintomas até várias doenças sem qualquer cadeia lógica aparente entre elas, utilizamos alguns princípios adaptados da 9ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-9), já que somente a partir da CID-6, a primeira feita pela OMS em 1948, passaram a ser incluídas as doenças não fatais, enquanto as recomendações de morbidade aparecem a partir da CID-9 (OMS, 1980).

1. No caso de existir uma expressão informada primeiro e ela fizer sequência lógica com as demais, sendo o principal problema a ser tratado, essa expressão foi selecionada. *Exemplo*: “febre palustre, diarreia”, pelo critério (1), “malária”.

²⁹ Os dicionários de medicina popular surgiram na segunda metade do século XVIII como parte de uma estratégia de vulgarização da medicina. O Dicionário do Dr. Chernoviz, como era conhecido, transformou-o no médico mais conhecido no Brasil, uma vez que a obra foi um verdadeiro *best-seller* (FERREIRA, 2003, p. 117–118).

2. Quando a regra não puder ser aplicada e houver alguma sequência lógica entre as múltiplas causas, foi selecionada aquela que originou a sequência. Exemplo: “bronquite crônica, disenteria, marasmo”, como disenteria → marasmo, *disenteria*.
3. Quando não houver sequência aparente, a última expressão foi selecionada. Exemplo: “bronicoplegia, arterosclerose generalizada, cirrose hepática”, não apresentam relação aparente, portanto *cirrose hepática*.
4. Quando uma das múltiplas causas é uma causa mal definida, selecionamos a causa definida como se a primeira não houvesse sido informada. Exemplo: “disenteria e marasmo senil”, relacionada a senilidade, que é mal definida, mas o marasmo tem relação lógica com a disenteria. Portanto, *disenteria*.
5. Quando se tratar de sintoma ou sinal e o diagnóstico for desconhecido, toma-se o sintoma pelo diagnóstico. Exemplo: “dor de garganta”.

A partir do esforço de padronizar as nomenclaturas e selecionar apenas uma expressão, partimos para a classificação das doenças propriamente ditas. De um universo de 6.256 expressões iniciais, a aplicação dos critérios anteriores reduziram o número de expressões para 922 a serem agrupadas nos capítulos e categorias da classificação proposta por essa pesquisa. Os seguintes critérios de classificação foram empregados:

1. *Critério etiológico*. Um primeiro grupo de expressões respondem a pressupostos teóricos de natureza médico-científicos, enquanto outras expressões simplesmente correspondem a nomenclaturas sem qualquer critério médico. Para evitar os casos mal definidos, utilizamos o Dicionário de Chernoviz. Exemplo: “reumatismo”, por Chernoviz, uma doença não infecciosa do sistema locomotor (2.10.0.0)³⁰.
2. *Critério sintomático*. Diante da diversidade de enfermidades que podem ocorrer com o mesmo paciente, ou ante o desconhecimento da causa de morte, opta-se por relatar o sintoma ou sintomas mais destacados que se manifestaram no momento do atendimento. Nesse caso, optamos por utilizar os dicionários de época para encontrar as causas prováveis para o sintoma descrito. Na ausência de doença, classificamos como causa mal definida. Exemplo: “febre” é um sintoma comum de doenças infecciosas. Portanto, por critério sintomático, é classificada em outras doenças infecciosas (1.4.0.0).
3. *Critério anatômico*. Caso a expressão faça referência à parte anatômica que é mais afetada pela doença, opta-se por classificar a expressão como “Outras doenças do aparelho [...]”. Exemplo: “inflamação da garganta”, por critério sintomático e anatômico, é classificado em Outras doenças infecciosas da boca e anexos (1.4.5.0)

³⁰ Na Classificação de Bernabeu-Mestre et al. (2003), o reumatismo é classificado como doença infecciosa. Muito embora isso também seja plausível em alguns tipos de reumatismo, privilegamos a interpretação de Chernoviz (1890).

4. *Critério cronológico*: Caso a doença expressar uma relação de causa e efeito com uma etapa da vida, avaliamos reclassificar a doença para um grupo que compreenda a informação cronológica. *Exemplo*: “crupe” é uma doença transmitida pelo ar que incide em crianças, portanto sofre reclassificação em doenças infecciosas transmitidas pelo ar próprias da infância (1.2.1).

No caso de haver a combinação de mais de um critério nas expressões diagnósticas, privilegia-se o critério etiológico sobre o sintomático, e assim por diante. O exemplo mais frequente é o caso das úlceras da perna. A expressão “úlcera da perna”, por critério anatômico, é classificada como doença da pele e o sistema locomotor (2.10.0.0). No entanto, o termo “úlcera sifilítica da perna”, por critério etiológico, é classificada em outras doenças infecciosas (1.4.0.0) como uma manifestação da sífilis. Da mesma forma, a expressão “úlcera escorbútica da perna”, por critério etiológico, é classificada em doenças não infecciosas carenciais (2.1.0.0).

3.4 Uma classificação de ocupações para populações do passado

O objetivo desta seção é detalhar os critérios utilizados para tratar as informações ocupacionais do Registro Civil de Campinas e das matrículas da Santa Casa de Misericórdia e discutir a aplicação da *Historical International Standard Classification of Occupation* (HISCO), uma proposta de classificação internacional histórica de ocupações para analisar as mudanças no mercado de trabalho das populações do passado.

Primeiro, recuperamos o histórico das classificações internacionais de ocupações para estudos de trabalho existentes e apresentamos as motivações para a proposição de um modelo que contemple variações na terminologia das ocupações ao longo do tempo e em diversos espaços geográficos. Em seguida, aplicamos os critérios de codificação apresentados por Botelho et al. (2006), com adaptações e exemplos da base de dados dos enfermos da Santa Casa de Misericórdia.

Por fim, discutimos as particularidades do passado brasileiro que devem ser levadas em consideração ao se utilizar a HISCO, como por exemplo, a forte presença da escravidão, as variadas relações de trabalho existentes entre a escravidão e o trabalho livre e a cor como elemento definidor de estratificação social. Ao final, abrimos espaço para reflexão sobre potenciais usos da classificação de ocupações para aprofundar os estudos sobre estratificação, mobilidade social e desigualdade em perspectiva histórica e demográfica.

O mercado de trabalho brasileiro é caracterizado habitualmente como tendo se estruturado sob uma herança histórica de escravidão, apresentando diversos graus de segmentação (espacial, setorial, formalidade/informalidade) e discriminação (gênero, cor e condição jurídica). Há uma literatura relativamente ampla que buscou compreender o efeito histórico e cultural das instituições coloniais e da escravidão na desigualdade e na exclusão da população negra, reservando a ela ocupações menos prestigiadas.

Diante disso, a ocupação é uma variável-chave para os estudos históricos em estratificação e mobilidade social, desde a economia do trabalho até os estudos de população. No entanto, uma das problemáticas envolvidas no estudo das ocupações é a necessidade de criar grupos e categorias que compatibilizem as variações das nomenclaturas e evolução das profissões ao longo do tempo e entre países (BOTELHO et al., 2006, p. 168).

Da mesma forma que uma Classificação Internacional de Doenças (CID) nos auxilia na comparação de estimativas de mortalidade e morbidade ao longo do espaço e do tempo, a criação de uma Classificação Internacional Uniforme das Ocupações (ISCO) pela Organização Internacional do Trabalho em 1958 delineou os primeiros critérios para a sistematização informações ocupacionais em uma perspectiva comparada e serviu como base para a Classificação Brasileira de Ocupações, utilizada contemporaneamente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

As informações sobre ocupações e outras características econômicas da população, conforme aponta Jannuzzi (2004, p. 64), foram captadas desde os primeiros Censos e ao longo do século XX incorporaram novos quesitos de informação, acompanhando a estruturação do mercado de trabalho brasileiro. No entanto, a construção de uma normalização ou codificação de ocupações declaradas na documentação pré-censitária ou dos primeiros censos, em especial até 1940, ainda é uma tarefa pendente (BOTELHO et al., 2006).

A OIT produziu três versões da Classificação Internacional Uniforme de Ocupações: ISCO58 (1958), ISCO68 (1968) e ISCO88 (1988). Conforme observa Botelho et al. (2006, p. 168), a versão de 1968 inclui muitas ocupações de caráter histórico e possui versões de manuais em diversos idiomas. A partir da estrutura da ISCO68, os autores apresentam a proposta da *Historical International Standard Classification of Occupation* (HISCO), um projeto internacional de sistematização de ocupações que objetiva capturar as especificidades das fontes históricas, considerando uma vasta coleção de fontes trabalhadas por historiadores.

As preocupações principais da HISCO (Quadro 7) são relacionadas com nomenclaturas genéricas encontradas em registros históricos, múltiplas ocupações, nomenclaturas muito específicas, entre outros problemas (BOTELHO et al., 2006, p. 170). Abre possibilidades, portanto, de trabalhos comparativos entre diversos países e ao longo do tempo. A classificação é composta por 8 grandes grupos ocupacionais (que representam aproximadamente os setores econômicos encontrados nas classificações contemporâneas), 83 subgrupos principais e 284 subgrupos, classificando cada expressão ocupacional com um código único de 5 dígitos em que o primeiro dígito representa o grande grupo e os demais os subgrupos, por exemplo, dentista (0-62.10) ou trabalhador em fazendas de cana-de-açúcar (6-22.60).

O primeiro grande grupo ocupacional da HISCO, representado pelos códigos 0/1, inclui os profissionais técnicos especializados e outros tipos de trabalhadores, como profissionais da saúde, do poder judiciário, representantes do clero, professores e artistas. O segundo grupo, representado pelo código 2, diz respeito aos administradores e trabalhadores em posições de gerência ou fiscalização, como feitores.

QUADRO 7 – Classificação Histórica de Ocupações por grandes grupos ocupacionais

0/1	Profissionais Técnicos Especializados e outros relacionados
2	Administradores e Profissionais de Gerência
3	Trabalhadores de Serviços Administrativos
4	Vendedores e Comércio
5	Trabalhadores dos Serviços
6	Trabalhadores Agropecuários, florestais, da caça e pesca
7/8/9	Trabalhadores da produção de bens, transporte e outros
9.9	Trabalhadores, sem especificação
-1/-2	Indivíduos não classificáveis por sua ocupação
-1	Sem informação de ocupação
-2	Sem profissão

Fonte: Adaptada de Botelho et al. (2006) e Botelho (2008).

Um terceiro grupo é composto por trabalhadores de serviços administrativos, quais sejam, serviços postais, trabalhadores administrativos em empresas de transporte e contadores. Vendedores e trabalhadores do comércio são classificados no grupo 4, incluindo caixeiros-viajantes, mascates e vendedores de gêneros de quitanda. Os trabalhadores de serviços são os mais diversos e geralmente estão ligados ao mundo urbano. Estão inseridos no grupo 5, trabalhadores como soldados e urbanos, cozinheiros, domésticas e criados. As ocupações ligadas ao campo são agrupadas sob o código 6, referente aos trabalhadores agropecuários e da pesca.

Trabalhadores de produção de bens, transportes, profissões manuais e mecanizadas são agrupadas nos códigos 7, 8 e 9. As ocupações mais genéricas, como *trabalhadores*, sem especificações (99900 - *Worker, No Further Information*), foram destacados da categoria 9, que representa os trabalhadores na produção de bens, transportes e outros, de forma a não comprometer as análises e tabulações. Diante disso, utilizamos o mesmo procedimento utilizado na bibliografia para associar um código de classificação a cada ocupação dos enfermos da Santa Casa.

O quadro mostra o agrupamento no código -1/-2 dos indivíduos que não trazem informações precisas sobre suas ocupações. São os deficientes físicos, que aparecem na variável de ocupações como *aleijado*, ou ainda os indigentes e pessoas que não possuem a informação de ocupação. Há também os casos que declaradamente o indivíduo não possui profissão. Essas pessoas também estão agrupadas sob o signo -1/-2. Esse mesmo procedimento foi utilizado por Fernandes (2016, p. 80), ao agrupar aquelas informações não relacionadas com uma atividade ocupacional como *vive de suas rendas, capitalista, proprietário, estudante e bacharel*.

Entre as vantagens de utilizar uma classificação como a HISCO está a preocupação com vários significados possíveis de uma dada ocupação e códigos específicos para ocupações

genéricas. Outra vantagem é que a classificação comporta um conjunto de variáveis auxiliares para ocupações que descrevem algum tipo de *status*, informações sobre relações familiares ou relativas a passagem do tempo e informações sobre produtos fabricados ou comercializados junto à ocupação. Dessa forma, demonstra-se a flexibilidade de utilizar a classificação nas fontes pré-censitárias. Além do mais, a codificação pode ser facilmente encontrada, com ocupações em língua portuguesa ou correspondentes em outras línguas na *HISCO Database*.

Uma limitação, no entanto, se refere à escassez de trabalhos brasileiros que utilizaram a HISCO. Para analisar Campinas no final do século XIX e início do século XX, Fernandes (2016) utilizou os registros de casamento do Registro Civil de Campinas, para analisar as ocupações exercidas por imigrantes e brasileiros em idade economicamente ativa. Dado esse primeiro passo, é possível comparar as informações ocupacionais dos contraentes de matrimônio com os enfermos da Santa Casa de Campinas para o mesmo período. Em um movimento para preservar a comparabilidade e admitindo que a classificação proposta é passível de críticas e revisões, disponibilizamos as listas de nomenclaturas e tabelas de correspondências em um repositório exclusivo para esta dissertação.

O primeiro passo para agrupar as expressões ocupacionais consistiu na criação de uma lista de nomenclatura com as 325 profissões constantes dos registros de enfermos da Santa Casa de Misericórdia de Campinas e no Registro Civil de Óbitos. A partir da lista de nomenclaturas, elaboramos uma tabela de correspondência associando cada uma das profissões a um código da classificação de ocupações, sob os seguintes critérios de classificação baseados em Botelho et al. (2006, p. 173):

1. Avaliamos se a descrição do campo *profissão* corresponde a uma atividade ocupacional. Caso contrário, são designados os códigos -1 ou -2. Se a descrição não corresponde a uma profissão, como no caso de “pobre”, “velho” ou “aleijado”, atribui-se o código -1. Se a descrição traz a declaração explícita de que a pessoa não tem trabalho, como no caso “sem profissão”, atribui-se o código -2.
2. Se a descrição corresponde a uma profissão, buscamos o termo no banco de dados da HISCO entre os códigos disponíveis, assegurando-se de que se trata da mesma atividade ocupacional.
3. Se a informação relativa à atividade ocupacional é tão vaga que existe uma grande quantidade de opções, como é o caso da expressão “trabalhador”, classificamos no nível 9.9.
4. Se dois ou mais códigos são apropriados à ocupação descrita, utilizamos o conhecimento do passado e do lugar específico para escolher o mais apropriado.

A partir de seus trabalhos com as listas nominativas de habitantes de São Paulo em 1836, Botelho et al. (2006) e Botelho (2008) apontam algumas particularidades do passado brasileiro que devem ser enfatizadas durante o processo de classificação. A primeira delas diz

respeito às ocupações militares. O autor destaca que muito embora os indivíduos declarassem uma ocupação em cargo militar, essa se tratava de um cargo honorífico na maior parte dos casos, e portanto, deveria ou ser classificada com o código -1, ou com o código 5-83.00 – "Military", cabendo ao pesquisador fazer a opção que julgar mais adequada.

No caso das Matrículas de Enfermos da Santa Casa de Misericórdia de Campinas e do Registro Civil, a maioria das ocupações desse grupo apresentavam-se de fato como ocupações militares ou grupos civis militarizados. São os casos de "cabo de esquadra" (5-82.20), "oficial de ronda" (5-83.20), "sargento" (5-83.30) ou "urbano da Companhia Urbana" (5-83.40).

Um dos desafios de aplicação da HISCO ao passado brasileiro se deve às ocupações agrícolas, que merecem um especial destaque, sobretudo porque formam grande parte das ocupações declaradas nas fontes históricas. Botelho (2008) recomenda – para fugir da tendência em classificar as ocupações com o código para "Fazendeiro em geral" (6-11.10) – considerar informações adicionais à declaração da ocupação para fazer uma desambiguação. Diante dessa recomendação, classificamos o "fazendeiro" e o "lavrador" no código geral (6-11.10), "agricultor" e "cultivador" (6-12.20), "agregado lavrador" (6-11.15), "caseiro" (6-21.10) e "empregado da fazenda" (6-21.20). No entanto, uma série de relações de trabalho diversas não foram encontradas entre os códigos da HISCO e foram classificadas com códigos novos dentro do subgrupo *Outros trabalhadores agrícolas*: é o caso de colono, camarada da roça e da lavoura, jornaleiro agrícola e empreiteiro agrícola.

A existência da escravidão coloca alguns problemas adicionais no processo de codificação. O primeiro problema colocado se dá na inexistência de um código para o aluguel de escravos, ao que é possível usar por aproximação os códigos de proprietários que vivem do aluguel de bens e serviços. Outro problema colocado é a existência de escravizados em posições de supervisão como feitores, o que causa distorção em qualquer tentativa de estratificação social que não leve em consideração outras variáveis como gênero, condição jurídica e cor. De fato, não só as ocupações como também a variável de raça/cor e a condição jurídica representam categorias de diferenças que distinguem as sociedades coloniais latino-americanas das sociedades pré-industriais europeias.

A partir da classificação de qualquer base de dados com atividades ocupacionais de acordo com a HISCO, é possível aplicar todos os instrumentos de análise desenvolvidos a partir dela, como por exemplo, análises de estratificação social a partir das informações ocupacionais. Para citar apenas alguns exemplos, apresentamos como extensões possíveis os instrumentos HIS-CLASS, HISCAM e SOCPO.

A HISCLASS é uma proposta de classificação social que leva em consideração dimensões como a divisão entre trabalhos manuais e não manuais, grau de supervisão do trabalho e o setor econômico. A partir dos dados dos códigos da HISCO, esse instrumento categoriza os profissionais em sete classes: profissionais de alto nível; profissionais de baixo nível; supervisores e especializados; fazendeiros e pescadores; trabalhadores de baixa especialização; não especializados e trabalhadores agrícolas não especializados.

A SOCPO (*Social Power*) também é uma proposta de classificação social, mas que leva em consideração o conceito de “poder social” para criar classes sociais a partir de dados de ocupação. Esse conceito inclui a separação da população em classes (elite, classe média e baixa) ou níveis de “poder social” de acordo com fatores econômicos (trabalho especializado/não especializado, empregado/autônomo, posição de comando) e fatores culturais (como prestígio, status, tarefas manuais/não manuais) atribuídos a cada profissão.

A HISCAM, por sua vez, é uma escala numérica de status socioeconômico a derivada das informações de ocupações da HISCO. Essas ferramentas são extremamente relevantes para o estudo de mobilidade social e são aplicadas comumente em registros de casamentos. No entanto, tratam-se de propostas úteis, por exemplo, para analisar diferenciais de mortalidade por status socioeconômico em diferentes estratos sociais³¹. Tais instrumentos fogem do escopo desse trabalho, mas abrem o debate para aplicação de modelos de estratificação social para os dados brasileiros do passado. Por fim, é importante ressaltar que as ocupações são uma variável insuficiente para descrever a complexidade das hierarquias sociais e categorias de diferenças para o passado brasileiro, profundamente marcado pela escravidão. Uma série de outros “marcadores sociais”, como condição jurídica, cor, gênero e nacionalidade devem ser considerados para a composição de um quadro completo da relação entre mortalidade e *status* socioeconômico.

³¹ A partir da classificação da base de dados em códigos HISCO, é possível facilmente utilizar qualquer um desses instrumentos de análise. No caso da HISCAM, SOCPO e HISCLASS, a atribuição pode ser feita de maneira automática por meio da rotina escrita em R por Johan Junkka e Glenn Sandström. Para uma discussão sobre modelos de estratificação social, ver Hess (2001).

CAPÍTULO 4

**DE UMA CIDADE ESCRAVISTA A UMA CIDADE DE IMIGRANTES:
MORTALIDADE E MORBIDADE**

Nesse capítulo buscamos aprofundar o entendimento de aspectos da morbidade e da mortalidade em Campinas no último quarto do século XIX a partir das informações do Registro Civil de Óbitos e das fontes hospitalares de dois hospitais da cidade, a Santa Casa de Misericórdia e o Lazareto do Fundão. Investigamos o perfil de mortalidade por causas, os momentos de mortalidade extraordinária e os diferenciais de mortalidade por subgrupos da população. Avaliamos a dinâmica e o peso relativo das doenças infecciosas em contraste com não infecciosas e comparamos os resultados trazidos pela literatura, contextualizando as medidas de saúde pública desenvolvidas para lidar com as grandes epidemias e as possíveis causas de desigualdades em mortalidade e morbidade.

A Seção 4.1, esboçamos um panorama da mortalidade em Campinas a partir dos registros de óbitos dos cartórios de Conceição e Santa Cruz desde os anos de 1889 até 1900, diante das limitações da fonte. Lacunas temporais ou problemas de cobertura do Registro foram preenchidas com o uso de fontes complementares como o Anuário Demográfico da Estatística Demógrafo-Sanitária de São Paulo e os relatórios e mensagens à Assembleia Legislativa de São Paulo. A partir dessas informações, investigamos a dinâmica da mortalidade a partir de seu movimento sazonal e dos períodos de mortalidade ordinária e extraordinária, bem como o perfil da mortalidade diferencial por causas e por subgrupos da população, em especial brasileiros e estrangeiros. Comparamos esses resultados com a literatura e expomos o cenário das principais preocupações das autoridades sanitárias no que diz respeito ao enfrentamento das doenças infecciosas que grassaram na população de Campinas durante o período.

Na Seção 4.2 nos dedicaremos aos resultados trazidos pela documentação da Santa Casa de Misericórdia de Campinas. Em um primeiro momento, buscamos traçar o perfil socioeconômico e demográfico dos atendidos pelo hospital filantrópico no último quartel do século XIX. Afinal, quem recorre à Santa Casa? Em quais casos e condições os indivíduos procuravam o hospital? Quais proprietários decidiam curar sua escravaria na Misericórdia? Em um segundo momento, aprofundamos a análise das doenças e causas de morte para comparar o padrão encontrado no hospital com o da cidade como um todo, destacando o impacto e importância relativa das doenças infecciosas na composição do quadro geral de morbidade e mortalidade. Com documentação das Fórmulas para Remédios, discutimos as principais doenças que atingiram a população de Campinas no período indicando como se dava seu tratamento no hospital, examinando-o à luz do conhecimento médico disponível à época.

A Seção 4.3 traz a análise dos diferenciais de mortalidade e morbidade entre a população escravizada e livre, brasileira e estrangeira por meio dos registros hospitalares. Levantamos explicações sobre as possíveis causas das desigualdades entre esses subgrupos da popu-

lação. Para os dados que abrangem o período anterior ao fim da escravidão legal, enfatizamos os diferenciais de acesso a recursos que afetam as condições de trabalho e de vida da população escravizada e livre como um dos fatores dominantes para compreender os diferenciais de mortalidade por condição jurídica. Para período posterior à escravidão, a imigração foi um dos elementos fundamentais para compreensão da dinâmica populacional no final do século XIX e início do século XX. Discutimos os fatores envolvidos nos diferenciais de mortalidade por nacionalidade e o comportamento desse diferencial ao longo do tempo.

4.1 A mortalidade em Campinas, 1889-1900

A partir da primeira república, os estados passaram a organizar sistemas próprios de estatísticas demógrafo-sanitárias, mas sua consolidação é parte de um processo que demorou algumas décadas (TELAROLLI JÚNIOR, 1997, p. 4). Por esse motivo, os dados do final do século XIX limitam a construção de grandes séries históricas sobre os movimentos da população por meio dos registros civis. Por fugir do escopo do presente trabalho a análise dos registros paroquiais, investigamos nessa seção os óbitos registrados nos cartórios de Conceição e Santa Cruz dos anos de 1889 a 1900 e os atendidos pelo hospital de isolamento do Fundão.

Ao acompanhar o movimento anual dos óbitos do registro civil, em que pese o sub-registro dessas informações, evidencia-se a importância dos casos de febre amarela na composição do quadro de morbidade e mortalidade da população na última década do século XIX. A Tabela 2 traz as estimativas de óbitos anuais, da população da cidade, as taxas brutas de mortalidade calculadas de forma direta e as principais doenças que atingiram a cidade durante os respectivos anos³². Esse olhar mais abrangente para os dados desses últimos doze anos do século XIX revela cinco principais momentos de surtos epidêmicos de febre amarela: 1889, 1890, 1892, 1896, 1897. No ano de 1891 também houve uma flutuação expressiva que caracteriza um período de mortalidade extraordinária, devido a um excesso de óbitos por broncopneumonia e atrepsia.

Em anos de mortalidade ordinária, isto é, dentro da normalidade para o período e localidade, predominaram os casos de tuberculose, doença que foi responsável por um grande número de óbitos ao longo de todo o século XIX e das primeiras décadas do século XX. Para o início da segunda metade do século XIX, Karasch (2000, p. 209–210) destaca que a tuberculose era a principal causa de morte no Rio de Janeiro e que a própria evolução de um amplo vocabulário para descrevê-la é um sinal de sua influência significativa no cotidiano da cidade, incidindo particularmente na população urbana pobre. Conforme Telarolli Júnior (1997, p. 8), a partir de 1896 a tuberculose se tornou a principal causa de morte no Estado de São Paulo, matando até duas vezes mais que a malária. Ainda assim, a doença foi praticamente ignorada pelas ações sanitárias da primeira república.

³² Para o ano de 1889, a julgar que os dados de Santos Filho e Novaes (1996, p. 142) sobre os sepultamentos sem registro estão mais próximos do total dos óbitos, o número de óbitos para esse ano seria de aproximadamente 2.300, caracterizando uma crise forte, em convergência com o entendimento dos estudiosos da dinâmica da mortalidade em Campinas.

TABELA 2 – Óbitos por ano, estimativas populacionais e taxas brutas de mortalidade (TBM) – Campinas, 1889–1900

Ano	Óbitos Estimados	População Estimada	TBM	Principal causa dos óbitos
1889	2.325	35.754	65,0	Febre Amarela
1890	1.659	33.921	48,9	Febre Amarela
1891	1.866	37.298	50,0	Atrepsia/Broncopneumonia
1892	2.160	40.676	53,1	Febre Amarela
1893	1.420	44.053	32,2	Atrepsia/Tuberculose
1894	1.401	47.430	29,5	Atrepsia/Tuberculose
1895	1.757	50.808	34,6	Atrepsia/Broncopneumonia
1896	2.600	54.185	48,0	Febre Amarela
1897	2.004	57.562	34,8	Febre Amarela
1898	1.692	60.939	27,8	Tuberculose
1899	1.482	64.317	23,0	Tuberculose
1900	1.456	67.694	21,5	Tuberculose

Fonte: Dados de população extraídos dos censos de 1890 e 1900. Dados de óbitos extraídos do Registro Civil de Óbitos de Campinas (1889-1900) e do Anuário Demográfico de São Paulo (1932).

Na cidade de Campinas, homens morreram mais que mulheres, principalmente nas faixas de idade jovens e adultas³³. A população masculina experienciou maior mortalidade não somente porque eram a maioria da população, mas porque foram os maiores alvos dos surtos epidêmicos e vivenciaram maior mobilidade espacial, isto é, apresentavam uma exposição maior ao espaço público e eram mais propensos a contraírem doenças transmissíveis em função do trabalho e do papel na família (BASSANEZI; CUNHA, 2019, p. 13).

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos óbitos por sexo e idade de 1889 a 1900. Em primeiro lugar, nota-se o grande peso relativo da mortalidade infantojuvenil, em especial na faixa entre 0 e 4 anos de idade, mais ainda para mulheres do que para homens. No tocante à mortalidade adulta e nas idades avançadas, o padrão entre homens e mulheres mostrou-se semelhante, com homens falecendo proporcionalmente mais em todas as faixas de idade. Esse diferencial é menor nas faixas de idade reprodutiva, decorrente de complicações no parto e outras doenças ligadas à mortalidade materna.

Os óbitos na faixa de idade de 0 a 4 anos representavam 35,6% do total de óbitos, em especial durante o primeiro ano de vida muito elevada. Segundo o modelo de Omran (1971, p. 168), a mortalidade infantil em um período pré-transição epidemiológica flutua geralmente entre 200 e 300 óbitos por mil nascidos vivos. Os resultados de Marcílio (1973) para São Paulo e Marcílio (1993) o Rio de Janeiro são convergentes com esse modelo, dado que as estimativas variam na ordem de 200 óbitos por mil em São Paulo até taxas de 604 por mil para a Corte no

³³ Esse padrão diferencial da mortalidade de homens e mulheres é fenômeno amplamente observado na literatura e também envolve, não só uma maior exposição ao risco de homens atrelados a fatores culturais e sociais, mas também a fatores biológicos, muito embora esse diferencial possa se inverter em algumas populações (KITAGAWA, E. M., 1977, p. 385).

TABELA 3 – Distribuição dos óbitos segundo sexo e grupos de idade – Campinas, 1889–1900

Idade	Homens	(%)	Mulheres	(%)	Ignorado	Total
0-4	3.655	33,1	3.107	39,2	22	6.784
5-9	371	3,4	320	4,0	0	691
10-14	419	3,8	347	4,4	1	767
15-19	845	7,6	698	8,8	0	1.543
20-24	672	6,1	485	6,1	0	1.157
25-29	604	5,5	347	4,4	1	952
30-34	644	5,8	430	5,4	0	1.074
35-39	527	4,8	298	3,8	1	826
40-44	638	5,8	323	4,1	5	966
45-49	392	3,5	182	2,3	1	575
50-54	447	4,0	275	3,5	4	726
55-59	269	2,4	139	1,8	0	408
60+	1.277	11,6	830	10,5	10	2.117
Sem informação	295	2,7	152	1,9	34	481
Total	11.055	100,0	7.933	100,0	79	19.067

Fonte: Registro Civil de Óbitos de Campinas (1889-1900).

ano de 1877.

A Tabela 4 contém os cálculos da taxa de mortalidade infantil para Campinas de 1894 a 1900. Como o esperado para o período, observa-se que a taxa de mortalidade infantil é elevada, atingindo o maior nível durante a epidemia de febre amarela de 1896 e o menor nível em 1900, com um declínio monotônico e lento a partir de 1896. Em geral, a mortalidade infantil variou entre 180 e 250 óbitos de menores de um ano por mil crianças nascidas vivas. É preciso ressaltar que esses óbitos provavelmente não correspondem ao universo dos óbitos até um ano de idade, mas a uma grande parte deles. Aliás, o livro do cartório de Conceição, que abrange o período de um ano e oito meses entre abril de 1897 e dezembro de 1898 não foi encontrado e portanto, esse período é sub-representado nos dados individuais levantados e analisados nessa pesquisa. Os valores referentes a esse ano e os demais foram extraídos dos mapas do Registro Civil constantes nos Anuários Estatísticos do Estado de São Paulo.

Esse declínio na mortalidade infantil pode indicar uma lenta mudança na mortalidade, mas não se pode desconsiderar a possibilidade de sub-registro significativo dessas informações, tanto dos óbitos até 1 ano de idade quanto dos nascidos vivos. Para o Brasil, Mortara (1941) desenvolveu tábuas de vida a partir dos óbitos registrados e da informação dos levantamentos censitários de 1872, 1890 e 1920. Com isso, o autor estimou tábuas de vida para os períodos intercensitários 1870-1890 e 1890-1920, fixando para isso um nível de fecundidade média ao longo do período, em dois cenários diferentes. Como destaca Moura Filho (2012), Mortara foi pioneiro em utilizar a proporção de crianças mortas entre todos os filhos tidos como um indica-

TABELA 4 – Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos em Campinas, 1894–1900

Ano	Nascidos vivos	Óbitos (0–1 ano)	Taxa de Mortalidade Infantil
1894	1903	388	203,9
1895	2103	499	237,3
1896	2029	604	297,7
1897	2042	459	224,8
1898	2582	525	203,3
1899	2631	483	183,6
1900	2568	468	182,2

Fonte: Taxa de mortalidade infantil calculada pelo método direto, com óbitos extraídos do Registro Civil de Campinas (1889-1900) e da Fundação Seade (2001). Nascidos vivos extraídos do Anuário Demográfico do Estado de São Paulo (1932).

dor da mortalidade infantil – método que seria desenvolvido e aplicado com sucesso por Brass e Coale (1968).

Mortara (1941, p. 519), ao comparar suas estimativas com a mortalidade infantil de diversos países, concluiu que mesmo nas hipóteses “pessimistas” de uma mortalidade de 232,7 por mil nascidos vivos para 1870-1890, a mortalidade infantil brasileira era menos elevada que a de alguns países da Europa oriental, central e meridional para o mesmo período. Se admitíssemos as taxas de mortalidade infantil de Mortara para o meio do período 1870-1890 como um bom parâmetro, os óbitos observados de Campinas em 1897 representariam 97% dos óbitos esperados aplicada a taxa de mortalidade da tábua de Mortara, enquanto em 1898, a representatividade desses óbitos seria de 87%. É possível que por ter sido atendida por uma Comissão Sanitária, a cobertura dos registros de óbitos de Campinas nos anos finais da década de 1890 não tenha sido tão irregular.

Durante o período, foram contabilizados 10.543 óbitos de brasileiros (55%), 5.239 óbitos de estrangeiros (27%) e 3.285 óbitos cuja nacionalidade não foi declarada. Diante do número significativo de indivíduos de nacionalidade não declarada, acredita-se que boa parte desses óbitos sejam referentes a brasileiros, em que diante da omissão da declaração se assumia que se tratavam de nacionais, ou ainda de pessoas cuja nacionalidade é desconhecida, como no caso das mortes súbitas. A Tabela 5 é referente à distribuição dos óbitos por nacionalidade e grupos etários quinquenais, que sugere alguns diferenciais por idade importantes entre brasileiros e estrangeiros.

Uma característica que merece destaque é o diferencial de mortalidade entre brasileiros e estrangeiros nas primeiras faixas de idade, em especial de 0 a 4 anos, principalmente devido ao fato de que pelas normas brasileiras da época, os filhos de estrangeiros nascidos no Brasil eram considerados brasileiros, salvo declaração em contrário (BASSANEZI; CUNHA, 2019, p. 14). Enquanto os óbitos de 0 a 4 anos de idade representam 42% de todos os óbitos de brasileiros registrados, essa mesma faixa corresponde a 11% dos óbitos entre os estrangeiros. Diante

desse resultado, as faixas de idade adulta e as idades avançadas tem uma maior importância relativa no padrão de mortalidade dos estrangeiros, pela própria característica do processo migratório associado à vinda da mão de obra estrangeira para substituir o trabalho escravo nas lavouras.

Esses estrangeiros foram em sua maioria italianos (14,6% dos óbitos), seguido de portugueses (4,5%), africanos (2,3%), espanhóis (2,2%) e alemães (1,7%). Os africanos foram responsáveis por uma mortalidade de estrangeiros mais significativa nas faixas de idades avançadas. Parcela dos africanos entrados no país antes da proibição do tráfico inter-atlântico de escravos em 1850, morreram na faixa de 60 anos ou mais e a idade ao óbito desses indivíduos foi de 77 anos em média.

TABELA 5 – Distribuição dos óbitos por nacionalidade e grupos de idade – Campinas, 1889–1900

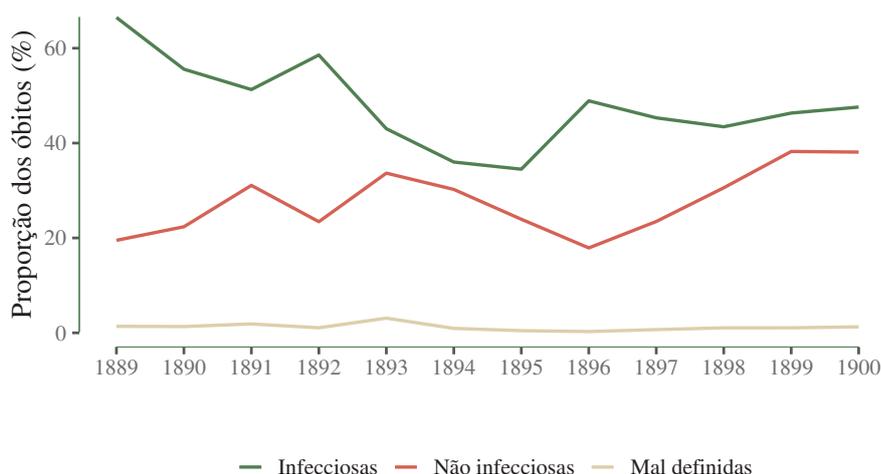
Idade	Brasileiros	(%)	Estrangeiros	(%)	Ignorada	Total
0-4	4.415	41,9	625	11,9	1.744	6.784
5-9	358	3,4	186	3,6	147	691
10-14	451	4,3	171	3,3	145	767
15-19	1.001	9,5	314	6,0	228	1.543
20-24	631	6,0	421	8,0	105	1.157
25-29	434	4,1	435	8,3	83	952
30-34	524	5,0	444	8,5	106	1.074
35-39	375	3,6	375	7,2	76	826
40-44	485	4,6	401	7,7	80	966
45-49	270	2,6	263	5,0	42	575
50-54	394	3,7	274	5,2	58	726
55-59	198	1,9	176	3,4	34	408
60+	878	8,3	1.061	20,3	178	2.117
Sem informação	129	1,2	93	1,8	259	481
Total	10.543	100,0	5.239	100,0	3.285	19.067

Fonte: Registro Civil de Óbitos de Campinas (1889-1900).

Considerando a distribuição dos óbitos por estado conjugal a partir da idade de 12 anos – que era a idade mínima permitida ao matrimônio para as mulheres – observamos uma maior proporção de óbitos de indivíduos não casados, solteiros (42%) e viúvos (15%). Como se espera, a proporção de indivíduos casados entre os óbitos é mais reduzida, tanto pela sua proporção em relação à população total, quanto por outros elementos como maior exposição ao risco, diferenças em hábitos alimentares e de higiene, ou por não contarem com uma rede de cuidados alternativa em grande parte assumida pelo cônjuge. Enquanto a idade ao óbito de solteiros foi de 12 anos em média devido à grande representatividade da população jovem, a dos casados foi de 42 anos em média e viúvos em torno de 61 anos, acompanhando os momentos do ciclo de vida.

A aproximação dos dados de mortalidade por causas nos revela que o impacto das doenças infectocontagiosas no perfil de morbimortalidade da população de Campinas até a última década do século XIX foi significativo. Ao longo do período analisado e afastados os óbitos em que a informação sobre causa de morte não é declarada, observou-se uma relativa convergência entre o peso relativo de doenças infecciosas e não infecciosas com relação aos óbitos com causa declarada. De fato, as doenças infecciosas como a febre amarela foram responsáveis por uma parte significativa dos óbitos, mas salvo os períodos de crise em que a mortalidade por essas doenças atingiu a população com grande força, as doenças não infecciosas crescem em participação ainda no final do século XIX, o que nos traz alguns elementos para argumentar que Campinas poderia estar, a partir do último surto de febre amarela de 1897, mudando lentamente seu perfil epidemiológico.

FIGURA 10 – Evolução da proporção de óbitos por grandes grupos de causas de morte – Campinas, 1889–1900



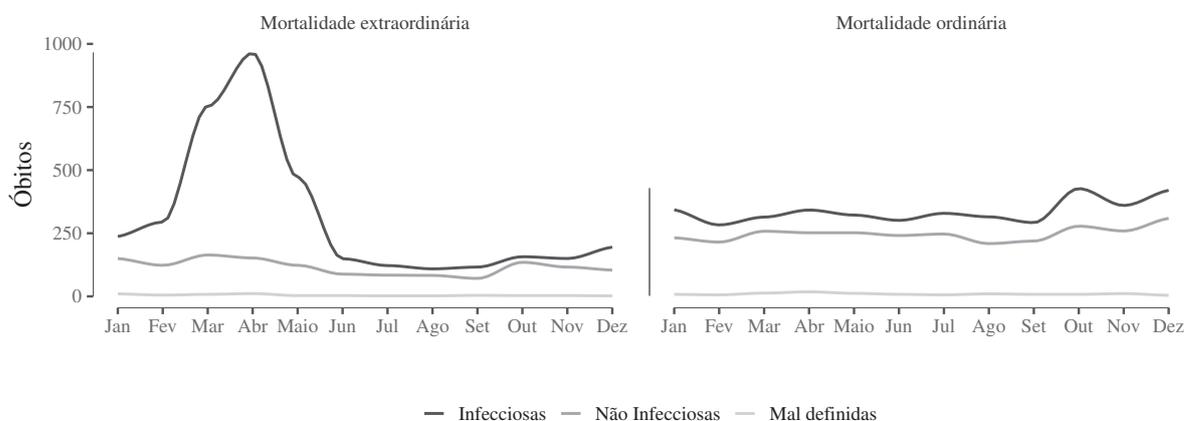
Fonte: Registro Civil de Óbitos de Campinas (1889-1900).

Além desse padrão de variabilidade anual, as doenças infecciosas apresentaram um perfil característico de sazonalidade ao óbito, enquanto o grupo de doenças não infecciosas não exibiu variações sazonais importantes. As mortes por febre amarela, malária, mas também por enterites e gastroenterites tiveram seus picos nos meses de dezembro a maio, período característico de clima úmido e quente, propício à propagação das doenças infecciosas transmitidas através de vetores, água e alimentos contaminados. As doenças infecciosas transmitidas através do ar, por outro lado, contribuíram para o pequeno pico entre agosto e outubro, meses de inverno e primavera, com um clima mais frio, seco e com maior amplitude térmica afetou sobremaneira a propagação das doenças respiratórias.

O comportamento sazonal dos óbitos diverge significativamente em anos de normalidade e em anos de crise. Diante disso, a Figura 11 apresenta o movimento mensal dos óbitos registrados em Campinas por doenças infecciosas, não infecciosas e mal definidas, separadas

em períodos de mortalidade extraordinária e mortalidade ordinária. As crises de febre amarela foram responsáveis por significativa parcela do volume de óbitos entre os meses de fevereiro a maio nos anos em que houve surtos epidêmicos da doença em Campinas. Nos anos em que não houve casos de febre amarela, os óbitos de doenças infecciosas seguiram um comportamento relativamente mais uniforme durante todo o ano, com elevação do número de óbitos entre os meses de setembro a dezembro.

FIGURA 11 – Movimentos mensais dos óbitos por doenças infecciosas, não infecciosas e mal definidas registradas em Campinas, 1889–1900



Fonte: Registro Civil de Óbitos de Campinas (1889-1900).

Ao destacar as dez principais causas de óbito registradas nos cartórios dos distritos de Conceição e Santa Cruz de 1889 a 1900, observamos que a febre amarela foi responsável por 21% dos casos de doenças infecciosas registrados. Pouco lembradas diante dos grandes surtos epidêmicos da febre amarela, as doenças infecciosas do sistema respiratório como a tuberculose, pneumonias e broncopneumonias representam a segunda e terceira causas de mortes mais importantes do período, seguidas das doenças do aparelho digestivo como enterites e gastroenterites que representaram somadas 12% das causas declaradas. A bronquite, aguda e crônica, correspondeu a 3% dos casos, seguida de doenças como a malária, a meningite e a varíola.

Um olhar voltado às doenças não infecciosas que mais atingiram a população campineira revela as principais afecções por trás de uma mortalidade infantil elevada e condições de vida e trabalho precárias. A Tabela 7 apresenta as dez principais causas de óbito por doenças não infecciosas registrada em Campinas durante o período. A atrepsia é um estado de caquexia próprio da infância, que segundo Chernoviz (1890, p. 242, v. 1), está associada aos sintomas de redução de apetite e diarreia contínua. Essa condição foi responsável por 18,4 % dos óbitos por doenças não infecciosas no período. A segunda maior causa de morte nessa categoria de doenças foram as lesões cardíacas, que incluem lesões orgânicas do coração, mitrais e aórticas. Junto a elas o marasmo, marasmo senil, síncope cardíaca e cirrose hepática configuram-se como doenças relacionadas à condição de vida e trabalho, dados que estão relacionadas a problemas

TABELA 6 – Dez principais causas de óbito por doenças infectocontagiosas – Campinas, 1889–1900

Doenças infecciosas	Óbitos	Frequência (%)
Febre amarela	1.980	21,3
Tuberculose pulmonar	730	7,8
Pneumonia e broncopneumonia	719	7,7
Enterite	635	6,8
Gastroenterite	485	5,2
Bronquite	366	3,9
Enterocolite	302	3,2
Malária	253	2,7
Meningite	225	2,4
Varíola	224	2,4
Total	9.311	100,0

Fonte: Registro Civil de Óbitos de Campinas (1889-1900).

nutricionais, alcoolismo e esforço intenso.

TABELA 7 – Dez principais causas de óbito por doenças não infecciosas – Campinas, 1889–1900

Doenças não infecciosas	Óbitos	Frequência (%)
Atrepsia	935	18,4
Lesões Cardíacas	601	11,8
Natimortalidade e mortalidade perinatal	616	12,1
Marasmo e marasmo senil	544	10,7
Síncope cardíaca	199	3,9
Cirroose hepática	136	2,7
Eclampsia	113	2,2
Insuficiência cardíaca	113	2,2
Convulsões	105	2,1
Debilidade congênita	101	2,0
Total	5.091	100,0

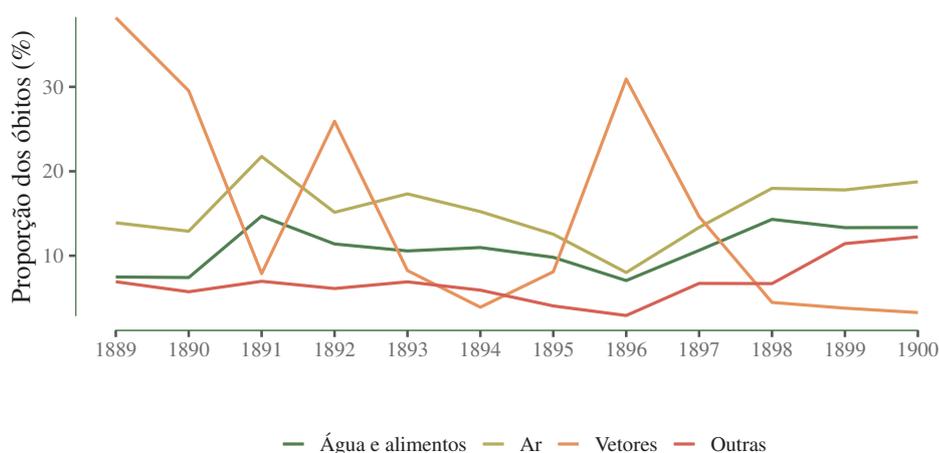
Fonte: Registro Civil de Óbitos de Campinas (1889-1900).

Logo em seguida, a natimortalidade e a mortalidade de recém-nascidos sem maiores especificações (*morreu logo após nascer*, entre outras) fizeram a maior quantidade de vítimas. Além da mortalidade perinatal, também encontramos casos de convulsões (2,1%), eclampsia (2,2%) e debilidade congênita (2,0%), doenças relacionadas à gravidez, parto e puerpério em geral que não podem ser desprezadas.

O impacto dos momentos epidêmicos da febre amarela no padrão de mortalidade por causas pode ser analisado a partir da evolução da proporção de óbitos por doenças infecciosas segundo os principais mecanismos de transmissão. A Figura 12 mostra que a importância relativa

de doenças infecciosas transmitidas pelo ar como tuberculose, pneumonia, broncopneumonia, bronquite e varíola apresentam algumas alterações relevantes ao longo da década. No ano de 1891, houve um aumento dos casos dessas doenças, em especial a bronquite, a broncopneumonia e o sarampo, enquanto nos anos de 1893, 1894 e 1895, o aumento da proporção de óbitos foi dado por um incremento dos óbitos por pneumonia com relação aos anos anteriores.

FIGURA 12 – Evolução da proporção de óbitos por doenças infecciosas segundo seus mecanismos de transmissão – Campinas, 1889–1900



Fonte: Registro Civil de Óbitos de Campinas (1889-1900).

Doenças transmitidas por água e alimentos contaminados como enterites, gastroenterites, enterocolites, diarreias e disenterias, bem como a febre tifoide também apresentaram movimento semelhante ao longo do tempo, com maiores incrementos na proporção de óbitos durante os anos de 1891, 1895 e 1898. Em 1891, predominaram as enterites e gastroenterites, que somadas representaram 62% dos óbitos por doenças infecciosas transmitidas por água e alimentos. Os surtos epidêmicos de febre amarela de 1889, 1892 e 1896 foram responsáveis pelo aumento significativo da proporção de óbitos de doenças infecciosas transmitidas por vetores durante esses anos.

Analisamos as diferenças na distribuição da mortalidade por causas de acordo com a nacionalidade. A Tabela 8 revela um padrão de mortalidade dos brasileiros diferente dos estrangeiros. Por mais que a população estrangeira estivesse mais vulnerável às doenças transmitidas por vetores como a febre amarela por não terem tido contato anterior com o agente causador, brasileiros foram atingidos massivamente por todos os tipos de doenças infecciosas, transmitidas por água e alimentos, pelo ar e por vetores. Essa característica nos traz algumas evidências para analisar a mortalidade diferencial entre esses subgrupos da população.

De acordo com o nível elevado da mortalidade infantil do período e com a baixa representação de estrangeiros nas primeiras faixas de idade, é esperado que a mortalidade perinatal dos brasileiros componha o quadro das doenças não infecciosas, enquanto doenças do

TABELA 8 – Óbitos por nacionalidade e grandes grupos de doenças e causas de morte – Campinas, 1889–1900

Doenças	Brasileiros	Estrangeiros	Não Declarada	Total	(%)
<i>Doenças Infecciosas</i>	5.083	2.847	1.381	9.311	48,8
Transmitidas por Água e Alimentos	1.278	404	329	2.011	10,5
Transmitidas pelo Ar	1.923	461	454	2.838	14,9
Transmitidas por Vetores	1.066	1.748	416	3.230	16,9
Outras Infecciosas	816	234	182	1.232	6,5
<i>Doenças Não Infecciosas</i>	2.943	1.165	983	5.091	26,7
Carenciais	36	21	13	70	0,4
Metabólicas	32	27	1	60	0,3
Endócrinas e intoxicações	2	3	0	5	0,0
Cerebrovasculares	126	81	19	226	1,2
Sistema Nervoso	199	29	40	268	1,4
Sistema Circulatório	705	326	112	1.143	6,0
Sistema Respiratório	77	38	5	120	0,6
Sistema Digestivo	128	92	20	240	1,3
Sistema Geniturinário	8	3	2	13	0,1
Pele e Sistema Locomotor	16	9	1	26	0,1
Patologia Perinatal	396	31	415	842	4,4
Vícios de Conformação	17	1	1	19	0,1
Câncer e tumores	47	47	4	98	0,5
Causas externas	1.154	457	350	1.961	10,3
<i>Doenças mal definidas ou desconhecidas</i>	2.517	1.227	921	4.665	24,5
Total	10.543	5.239	3.285	19.067	100,0

Fonte: Registro Civil de Óbitos de Campinas (1889-1900).

sistema circulatório predominem entre as causas de morte de estrangeiros. Para ambos, é possível identificar uma polarização do perfil de mortalidade entre as doenças infecciosas e as causas externas, representadas predominantemente pelas mortes violentas e acidentadas.

Em suma, apesar de um perfil semelhante de mortalidade por algumas causas, brasileiros e estrangeiros guardaram diferenças sensíveis que podem ter influenciado em uma esperança de vida mais elevada para um grupo em contraste com outro. Se por um lado as doenças transmitidas por água e alimentos, relacionadas às condições de higiene afetaram menos os estrangeiros, por outro eles foram as principais vítimas das epidemias de febre amarela, em especial os italianos.

Até o ano de 1889, Campinas sofreu com periódicas epidemias de varíola, além dos casos endêmicos. Mas a partir de 1889, a cidade se deparou com o inesperado. Acreditava-se que Campinas estaria protegida da febre amarela, devido a uma crença de que a moléstia “não subia morros”. Essa crença fazia alusão às cidades de Santos e do Rio de Janeiro que sofriam com as epidemias de febre amarela, em comparação a Petrópolis e São Paulo, que não haviam

sido afetadas pela doença (SANTOS FILHO; NOVAES, 1996, p. 28).

A primeira crise importante da doença foi o momento mais dramático e de maior comoção social. Esses dados são convergentes com o movimento identificado por Santos Filho e Novaes (1996, p. 35), “por ser o primeiro e deveras intenso, amedrontou a população e a cidade se esvaziou”. O início e disseminação da epidemia, em fevereiro de 1889, ocorrera a partir da primeira vítima, Rosa Beck, suíça recém-chegada no Brasil que veio para Campinas e ficou hospedada na Padaria Suíça, lugar que se tornaria o epicentro da epidemia. De acordo com Martins (2015, p. 509), existia divergência dos médicos para concluir se o mal que atingia Campinas era mesmo a febre amarela – existindo os que a negassem. A epidemia se alastrou rapidamente causando pânico e o êxodo de muitos moradores da cidade. As ruas, comércios, fábricas e oficinas foram esvaziadas.

Algumas das providências da Câmara Municipal no enfrentamento das epidemias incluíram a cobertura das vias públicas com piche e sua irrigação diária, a queima de barricas de alcatrão e ervas aromáticas nas ruas centrais, desinfecções de poços e fossas e destruição dos pertences das vítimas (SANTOS FILHO; NOVAES, 1996, p. 44). Muitas dessas medidas, inócuas contra o vetor da doença, tiveram como base a teoria miasmática, com o objetivo de limpar o ar dos miasmas da febre amarela.

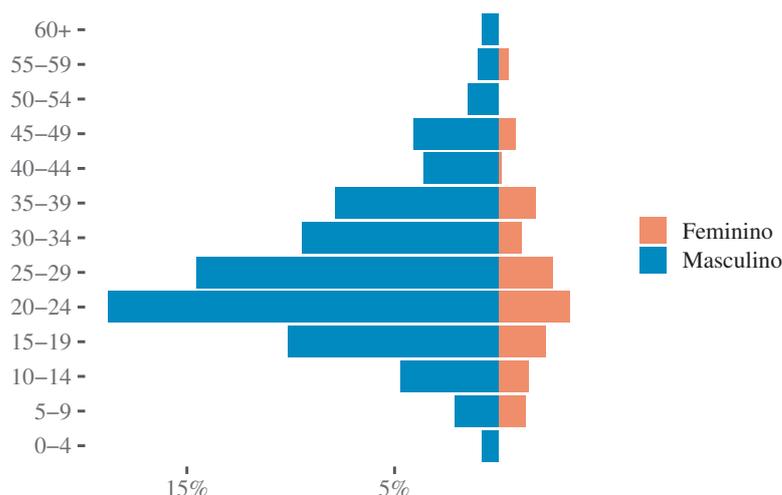
No mês de abril, quando os casos se agravaram, o governo provincial decidiu enviar uma Comissão Provincial de Socorro composta por médicos, estudantes de medicina, farmacêuticos e desinfetadores. Outras duas comissões médicas chegaram a Campinas em seguida – uma enviada pela Corte e outra pela Comissão de Imprensa Fluminense, que era constituída por profissionais de diversos jornais do Rio de Janeiro. Adolfo Lutz, um dos médicos da comissão provincial, avaliou posteriormente que com as desinfecções se “gastou muito dinheiro, enquanto se deixava os mosquitos criarem-se à vontade” (BENCHIMOL; SÁ, 2005, p. 70–72). Até os experimentos de Walter Reed em 1900, que comprovaram a teoria do médico cubano Carlos Finlay sobre a transmissão da febre amarela pelo mosquito *Stegomyia fasciata* (*Aedes aegypti*), não se poderia saber que algumas medidas de cunho miasmático foram pouco ineficazes.

Entre os hospitais que atenderam as vítimas durante a epidemia de 1889 estavam o Lazareto do Guanabara, que possuía duas enfermarias criadas pela Câmara Municipal no bairro até então afastado para cuidar dos casos de doenças infecciosas, a Santa Casa de Misericórdia, o *Circolo Italini Uniti*, a enfermaria especial criada na Escola Corrêa de Mello e o Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência. No ano de 1890, foram estruturados o Corrêa de Mello e o Lazareto do Fundão. Esses estabelecimentos fazem parte de uma importante rede dos primeiros hospitais de Campinas que surgiram durante o final do século XIX e início do XX.

Os livros de entrada e saída do Lazareto do Fundão compreende uma série de dois anos de crises de febre amarela na cidade de Campinas, 1890 e 1892. Levantamos 612 registros de pacientes, com informações de sexo, idade, profissão, estado conjugal, destinação, além das datas de entrada e saída. Em uma primeira aproximação elaborando a estrutura etária dos atendidos (Figura 13), é evidente o caráter seletivo da febre amarela, que vitimou mais homens em

idade produtiva, sobretudo os estrangeiros. A maior parte dos atendidos no Lazareto nos anos de 1890 e 1892 eram solteiros (55%). Casados são 24%, viúvos 8%, menores de 12 anos somam 9 (1,47%). Chama a atenção que 71 casos, aproximadamente 11% não possuem declaração de estado conjugal.

FIGURA 13 – Estrutura etária dos atendidos no Lazareto do Fundão, 1890 e 1892



Fonte: Livro de Registro do Lazareto do Fundão (1892).

Diferentemente da Santa Casa de Misericórdia, em que a maior parte das internações encontrava seu desfecho nos primeiros 20 dias, com internações longas, no Lazareto os casos duravam em média 4,5 dias. Isso nos traz um parâmetro para compreender a rápida progressão dos casos de febre amarela nesse hospital para seu desfecho, a cura ou a morte. Nesses casos, a progressão para a alta hospitalar caminhou mais devagar, levando em média 7 dias. Os casos fatais progrediram rápido, levando 2,5 dias em média, em que podemos levantar duas hipóteses: a cura ou a melhora dos casos exigiu maior intensidade de cuidados, e as mortes aconteciam em casos avançados e bastante complicados. Em alguns casos, foi identificado o número de dias de moléstia antes da entrada hospitalar. Muitos dos pacientes onde essa informação consta já chegavam com 4 dias ou mais de sintomas, sinais ou manifestações da febre amarela.

Como em muitas fontes para o século XIX, a informação sobre a ocupação é escassa, com ausência em 480 casos, o que representa 78,4% do total dos atendidos. Dentro do universo dos casos em que esta informação é disponível, assim como na Santa Casa de Misericórdia, os “trabalhadores” sem especialização são maioria, representando 11% dos casos totais. A presença das demais ocupações é residual, porém muito variada e provavelmente ligada a atividades tipicamente urbanas, como padeiros, soldados, litógrafos, empregados da estrada de ferro e suas especializações (foguista, caldeireiro), e mulheres ligadas aos serviços domésticos como cozinheiras, lavadeiras e engomadeiras.

TABELA 9 – Nacionalidade dos atendidos no Lazareto do Fundão, 1890 e 1892

Nacionalidades	Entradas	%
Italianos	218	35,6
Brasileiros	118	19,3
Portugueses	80	13,1
Alemães	44	7,2
Espanhóis	44	7,2
Polacos	26	4,3
Franceses	21	3,4
Suecos	18	2,9
Austríacos	11	1,8
Demais nacionalidades	6	1,0
Sem informação	26	4,3
Total	612	100,0

Fonte: Livro de Registro do Lazareto do Fundão (1892).

A Tabela 9 apresenta a nacionalidade dos atendidos no Lazareto do Fundão. Diante dessa informação, nota-se a forte presença dos estrangeiros. Italianos, portugueses, alemães e espanhóis foram os mais atingidos pela febre amarela. Brasileiros são a segunda nacionalidade mais atingida em número de casos, o que representa 19,3% dos casos totais.

O registro de cor é problemático, de forma que está ausente em 75,4% dos casos. Brancos foram os mais atingidos, com 119 casos (19,4%), seguido de pretos (19 casos, 3%), pardos (10 casos, 1%), caboclos (2, 0,3%). Apesar de se resumir a poucos casos, destaca-se a importância dessa informação devido a convergência desses resultados com a literatura especializada. A principal contribuição desses casos está na possibilidade de analisar uma hipótese já levantada por Bassanezi e Cunha (2019) sobre a relação entre cor de pele e fator de risco para a febre amarela. Talvez sejam esses um dos poucos registros sistemáticos de casos de cura de febre amarela para o período que possuem a informação de cor, também podendo contribuir para esse conhecimento os registros de hospitais como o Corrêa de Mello e a Santa Casa. Infelizmente, isso não é possível e essa documentação, até onde levantamos, não resistiu ao tempo.

O que podemos identificar é que de fato, brancos morreram em 52% dos casos, enquanto pretos morreram somente em 42% dos casos. A taxa de alta hospitalar, considerando brancos e não brancos é maior, porém não significativa. Não há, portanto, evidência definitiva em favor da hipótese de uma maior taxa de cura. Além da hipótese de sub-diagnóstico, Karasch (2000, p. 224) destaca que existem outras explicações para essas diferenças entre a população preta e a população branca. Embora tivessem as mesmas chances de contrair febre amarela, os estrangeiros brancos vinham de países onde a febre amarela não era endêmica. De forma oposta, estrangeiros negros vinham de países da África em que a febre era endêmica e apresentavam uma “imunidade relativa” à doença. Esse mecanismo teria feito os negros apresentarem a

febre amarela em formas notavelmente moderadas e, considerando que muitos brasileiros eram descendentes de africanos, poderia se esperar uma taxa inferior de africanos e brasileiros de cor preta.

Com o declínio da epidemia, permaneceram em Campinas do grupo enviado pelo governo central, Correia Dutra, que assumira a chefia da comissão, Eufrásio José Cunha e os acadêmicos Alberto de Castro Menezes e Vito Pacheco Leão (SANTOS FILHO; NOVAES, 1996, p. 57). Leão (1889) foi um dos internos do Hospital Corrêa de Mello. Por meio de seu receituário, é possível compreender quais tipos de remédios eram empregados para o tratamento da febre amarela, o que nos traz elementos para investigar sua eficiência e eficácia diante do conhecimento médico disponível.

Vale o exercício de investigar o que o dicionário do Dr. Chernoviz recomendava nos casos de febre amarela ou entendia como sua forma de transmissão. No verbete sobre a febre amarela, é possível notar que Chernoviz (1890) se orienta por uma teoria mista entre o contágio e a dos miasmas. Isso fica evidente quando apresenta em seu texto a seguinte questão: “A febre amarela é contagiosa?”. Ao que responde que “muitos médicos julgam que a febre amarela só nasce de causas locais, que a influência destas causas não é suscetível de ser transmitida além do foco, e por conseguinte, o que a ocasiona é rigorosamente o que se chama infecção”. Mais adiante, argumenta que se no seio do foco da febre amarela pareceu ser contagiosa, depende isso de ser difícil isolar a ação da infecção da ação do contágio.

A febre amarela não é contagiosa, é originada pelas causas miasmáticas gerais; por conseguinte, as quarentenas e os lazaretos são completamente inúteis contra esta moléstia (CHERNOVIZ, 1890, p. 1089, v. 1).

O tratamento dos primeiros sintomas de dor de cabeça e dores no corpo consistia em causar transpiração, vomitório e aplicar compressas de água com vinagre. Quando a cor amarela da pele começasse a aparecer, administrava-se o sulfato de quinina de 2 em 2 horas. Depois do tratamento com a quinina pura, recomendava-se bebidas quinadas. A sangria, segundo o médico, não se aplicava na febre amarela, porque nela o paciente precisa de todas as forças para resistir à moléstia (CHERNOVIZ, 1890, p. 1090, v. 1). As fórmulas para remédios do receituário de Vito Leão indicam que o tratamento no hospital Corrêa de Mello tinha como base a quinina.

Poção de iodo e ferro	
Sulfato de quinino	1 g
Vinho do porto	1 garrafa

Essa substância foi utilizada amplamente na maioria dos casos de febres diversas. Desde o final do século XIX admite-se sua relativa eficiência nos casos de malária. No entanto, em outros casos, a cura ou a melhora dos sintomas ainda estava muito distante do conhecimento médico praticado à época. Nos lazaretos, o tipo de tratamento das doenças ainda conservava soluções experimentais, que pouco alteraram as chances de vida e morte dos pacientes que neles entravam.

Se por um lado houve pouca eficácia em termos de tratamento e de proposta de prática médica eficiente para enfrentar a doença, as melhorias em infraestrutura nas cidades com o alastramento da febre pelas ricas áreas do oeste paulista ganharam urgência. Havia o temor de comprometer a imigração em um momento decisivo para a economia do estado, dado que a doença atingia mais os estrangeiros.

Conforme Martins (2015, p. 511–512), enquanto o governo estadual esperou uma nova epidemia em 1896 para então enviar no segundo semestre uma Comissão Sanitária à cidade, chefiada por Emílio Ribas, a Intendência Municipal teve de tomar suas próprias medidas para melhorar a “salubridade urbana”: implantação do serviço de água e esgoto, calçamento de ruas, remoção de coqueiras do centro da cidade e melhoria de coleta de lixo.

Apesar dessas medidas a febre amarela voltou no ano de 1897, provocando um número mais reduzido de mortes. Com as ações da Comissão Sanitária, Campinas se tornou, segundo Martins (2015), o “laboratório” das políticas de combate aos mosquitos aliada a outras medidas de teor miasmático. Emílio Ribas, ciente da teoria de Finlay sobre a origem da doença, mandou vedar poços, proibir o uso de tinhas para lavar roupas, drenagem de áreas alagadas, e demolições de casas consideradas insalubres (MARTINS, 2015, p. 516). Com a eliminação de focos do vetor da febre amarela, ela desapareceu por completo em Campinas nos anos seguintes, esvaziando o hospital de isolamento do Fundão e marcando profundamente a memória dos moradores da cidade.

4.2 A mortalidade em um hospital filantrópico

4.2.1 Os atendidos pela Santa Casa de Misericórdia de Campinas

Nesta seção, nosso objetivo é traçar o perfil socioeconômico e demográfico dos atendidos pela Santa Casa de Misericórdia de Campinas durante o último quarto do século XIX e tentar responder a perguntas como: Quem recorre à Santa Casa? Em quais casos e condições as pessoas procuravam a Santa Casa de Misericórdia? Quais são os proprietários que decidem curar sua escravaria? Como discutido, tratam-se de registros intrinsecamente seletivos, dado que uma parcela pequena da população do século XIX acessava os hospitais, em parte porque essa rede de assistência está em evolução, e em parte porque tanto ricos como pobres tinham outras alternativas de acesso à saúde disponíveis, como parteiras, curandeiros, médicos particulares e casas de saúde.

Ao discutir a seletividade em hospitais voluntários da Inglaterra e País de Gales, Cherry (1980, p. 251) destaca que durante o século XVIII e XIX, falta de renda e *status* social não foram as principais razões para não admissão dos pacientes. Crianças abaixo de seis anos de idade e mulheres não eram admitidos usualmente nos hospitais, a menos que representassem casos em que seria necessária intervenção cirúrgica. Além disso, os casos incuráveis também não eram geralmente admitidos, de forma que outras instituições como Hospitais de Isolamento foram criadas para atender esse público. Notemos que esse padrão de seletividade excludente

para mulheres e crianças é um perfil que também pode ser encontrado para várias Santas Casas brasileiras do XIX.

Mas afinal, qual é a representatividade dos casos hospitalares diante do universo dos óbitos do Registro Civil? A Tabela 10 indica que 86% dos óbitos de Campinas ocorriam fora dos hospitais, sendo a Santa Casa de Misericórdia e o Lazareto do Fundão os dois hospitais em que mais óbitos foram registrados. Ao fazer o levantamento dos óbitos e dos registros desses dois hospitais, estamos considerando uma boa parcela da população hospitalizada da cidade.

Relembramos que a Santa Casa de Misericórdia foi dedicada a todos os tipos de casos, exceto a febre amarela. O Hospital de Isolamento do Fundão, por outro lado, comportou parte significativa dos óbitos hospitalares dessa moléstia. Infelizmente, o registro de pacientes em nível individual para os demais hospitais, se é que existiu, não foi encontrado. Ainda hoje pouco se sabe sobre o Lazareto do Guanabara, sobre os casos enviados aos hospitais dos Variolosos e dos Morféticos ou mesmo a localização de todos os hospitais da cidade e casa de saúde da cidade ao longo desse período, que ainda é cercada de controvérsias.

TABELA 10 – Óbitos registrados nos hospitais de Campinas, 1889-1900

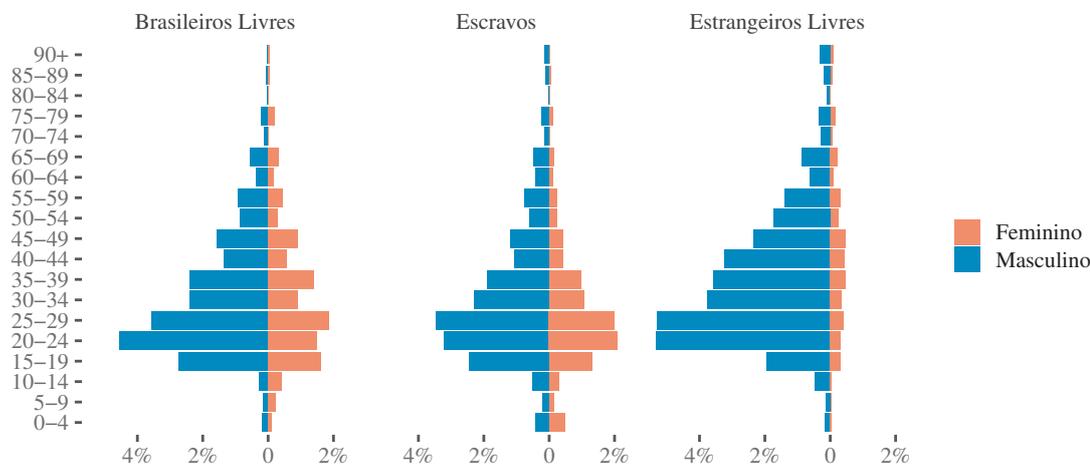
Hospitais	Óbitos	%
Santa Casa de Misericórdia	1.920	71,9
Lazareto do Fundão (Hospital de Isolamento)	408	15,3
Hospital da Real Sociedade Portuguesa de Beneficência	175	6,5
Hospital da Escola Corrêa de Mello	111	4,2
Hospital do <i>Circolo Italiani Uniti</i>	12	0,4
Asilo dos Morféticos (Hospital de Isolamento)	20	0,7
Lazareto dos Variolosos (Hospital de Isolamento)	17	0,6
Lazareto do Guanabara (Hospital de Isolamento)	6	0,2
Hospital não especificado	3	0,1
Todos os hospitais	2.672	100,0
Óbitos fora dos hospitais	16.395	

Fonte: Registro Civil de Óbitos de Campinas (1889-1900).

Em trabalhos anteriores, destacamos que a sub-representação feminina foi uma das características marcantes do atendimento na Santa Casa de Misericórdia de Campinas (ALBINO; MARCONDES, 2018, p. 405). A partir da análise da estrutura etária dos atendidos de 1876 a 1900, é possível observar graficamente esse “viés masculino” no atendimento, sobretudo na população estrangeira, refletindo a própria composição da população estrangeira do município. Além da Santa Casa, parte da população estrangeira teve à disposição os serviços da Beneficência Portuguesa e da atual Casa de Saúde Campinas.

A composição majoritariamente masculina em idade ativa em todas as categorias de condição jurídica e nacionalidade revela que de fato os hospitais não eram um lugar comum para

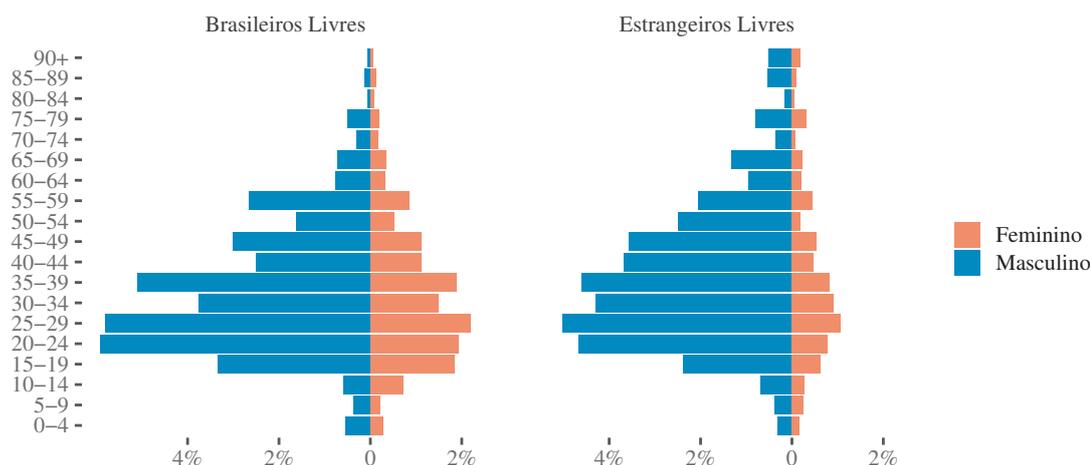
FIGURA 14 – Estrutura etária dos atendidos pela Santa Casa de Misericórdia de Campinas, 1876–1889



Fonte: Livros de Matrículas da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

as mulheres. A Santa Casa de Santos, por exemplo, pelas características de cidade portuária, admitiu apenas 13% de mulheres livres (READ, 2012, p. 134).

FIGURA 15 – Estrutura etária dos atendidos pela Santa Casa de Misericórdia de Campinas, 1890–1900



Fonte: Livros de Matrículas da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

Além disso, os trabalhos de Daniel Oliveira (2012) e Barreto e Pimenta (2013) destacam que a maior parte das mulheres que acessavam o hospital não tinham condições para receber cuidados na esfera privada, ou em uma rede de solidariedade criada por parteiras. Aliás, Nikelen Witter (2007), identificou, ao tratar do que chamou de relação entre curadores e sofredores, a

importância das parteiras mesmo dentro das relações de compadrio. Os motivos para uma estrutura por sexo desequilibrada merecem ser mais bem detalhados, dado que as mulheres também apresentavam índices de mortalidade hospitalar mais elevados.

A Santa Casa de Misericórdia de Campinas apresentou nível de mortalidade hospitalar superior aos demais estabelecimentos de mesmo tipo em cidades como São Paulo e Santos na última década do século XIX. Utilizando os dados do conjunto de *Estatística Moral* dos Anuários Estatísticos do Estado de São Paulo, é possível calcular para cada ano as taxas de mortalidade hospitalar padronizadas para as Santas Casas e Beneficências Portuguesas dessas três cidades. Como padrão, adotamos o perfil de mortalidade da Santa Casa de Campinas em 1900, quando as crises de febre amarela que grassaram na população estavam superadas. Taxas padronizadas maiores do que 100 representam uma mortalidade mais elevada que o padrão, enquanto taxas menores que 100 representam mortalidade mais reduzida.

TABELA 11 – Taxas de mortalidade padronizadas de hospitais selecionados (Santa Casa de Campinas em 1900 = 100), 1891-1900

Ano de referência	Santa Casa de Misericórdia			Benef. Portuguesa	
	Campinas	Santos	Capital	Santos	Capital
1891	121,4	106,0	98,4	21,7	58,8
1892	134,1	138,8	119,9	54,0	43,7
1893	138,3	64,9	106,9	112,7	29,2
1894	119,7	66,8	—	—	—
1895	149,3	56,2	—	109,5	—
1896	119,8	54,3	104,3	—	—
1897	160,7	67,7	75,4	—	—
1898	137,7	49,9	87,4	—	—
1899	137,6	77,3	86,7	—	—
1900	100,0	55,8	82,6	—	—

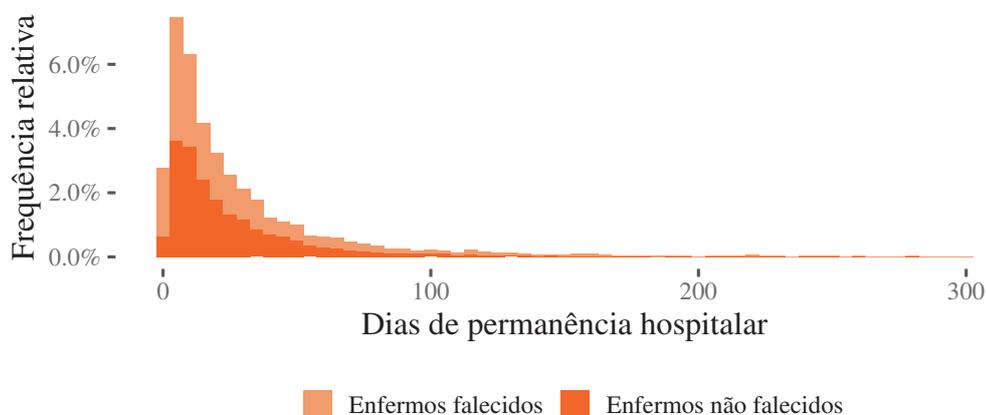
Fonte: Anuário Demográfico de São Paulo (1894b) e Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

É possível observar que durante a última década do século XIX, a Santa Casa de Santos e da Capital, mais antigas e estabelecidas, experimentaram nível menos elevado que a Santa Casa de Campinas, no geral, com exceções em alguns anos de atendimento. Além do mais, como esperado, as taxas padronizadas para a Santa Casa de Campinas indicam que com as subsequentes crises de mortalidade por doenças infectocontagiosas como a febre amarela, o hospital apresentou mortalidade mais elevada que a esperada caso o movimento e o comportamento da mortalidade fosse semelhante ao do ano de 1900.

As informações da enfermaria permitem calcular um indicador raramente disponível, a permanência hospitalar, devido a particular dificuldade envolvida em sua obtenção. Atualmente, esse indicador é considerado uma medida de consumo de recursos de saúde (MARTINS; BLAIS; LEITE, 2004). Essas informações são úteis para acessar o período de duração de um tra-

tamento de acordo com a doença, capacidade técnica e o conhecimento médico disponível no século XIX. A Figura 16 contém a distribuição de frequência dos casos de óbitos e de sobreviventes. Nota-se que parcela significativa dos atendimentos da Santa Casa se concentraram entre 0 e 7 dias, mas é possível observar uma grande dispersão dos dados, com casos-limites de duração de mais de três anos.

FIGURA 16 – Distribuição do tempo de permanência hospitalar dos enfermos falecidos e não falecidos da Santa Casa de Misericórdia de Campinas, 1876-1900



Fonte: Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

Ao desagregar os enfermos da Santa Casa de Campinas por estado conjugal em período antes e depois da abolição da escravidão, percebemos a predominância dos homens solteiros em ambos os momentos, o que reflete as características da distribuição por sexo e idade, com grande parte dos atendimentos sendo composta por homens jovens. Em especial a partir da década de 1890, a proporção de solteiros diminuirá sensivelmente, enquanto aumenta a proporção de casados e viúvos.

TABELA 12 – Estado conjugal dos atendidos pela Santa Casa de Misericórdia de Campinas, 1876–1900

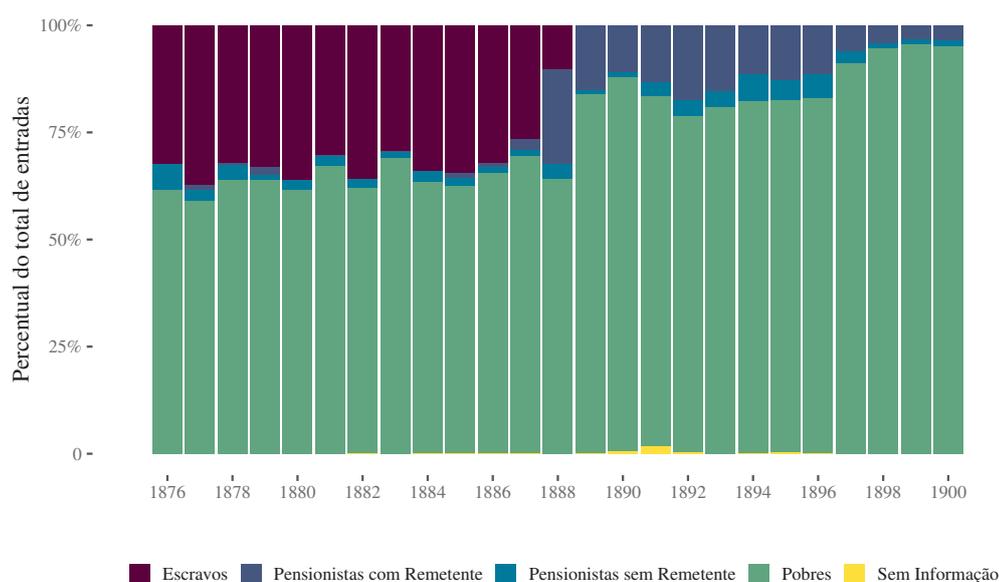
Estado conjugal	1876–1888				1889-1900			
	Mulheres	Homens	Total	(%)	Mulheres	Homens	Total	(%)
Solteiro	840	3.110	3.950	59,4	502	3.103	3.605	46,8
Casado	505	1.381	1.886	28,4	737	1.872	2.609	33,9
Viúvo	266	326	592	8,9	440	725	1.165	15,1
12 anos ou menos	74	87	161	2,4	79	133	212	2,8
Sem informação	17	41	58	0,9	30	81	111	1,4
Total	1.702	4.945	6.647	100,0	1.788	5.914	7.702	100,0

Fonte: Livros de Matrículas da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

Parte significativa das entradas nesse segundo momento do hospital são de estrangeiros, e pelo novo perfil dos movimentos migratórios da década de 1890, provavelmente os indivíduos casados que começam a acessar o hospital são os estrangeiros inseridos em relações familiares. Em números absolutos, solteiros pouco se alteram enquanto encontramos uma grande massa de indivíduos casados. Brasileiros livres casados aumentam significativamente em termos absolutos. Em termos relativos, no entanto, isso pouco se altera dado o incremento também significativo de brasileiros solteiros. Um aumento na proporção de viúvos no segundo período indica tanto um público mais envelhecido no hospital nesse momento, quanto um possível impacto exógeno de uma crise de mortalidade.

Para onde vai a população escravizada atendida pelo hospital da Santa Casa de Misericórdia a partir do fim da escravidão legal e como esse perfil de atendidos se comportou ao longo do tempo? Para compreender esse fenômeno, faz-se necessário o detalhamento da participação proporcional das diversas categorias de entrada do hospital, ano a ano. Os livros de registro de enfermos dividem os atendidos por meio da informação no campo de remetente. A primeira classe é a dos indivíduos declarados pobres, isto é, aqueles que pleiteiam a gratuidade nos serviços do hospital. A segunda classe de indivíduos são os pagantes, escravizados ou não. A população escravizada atendida, que tinha as diárias pagas pelos seus proprietários constava os nomes dos proprietários no campo de remetentes, enquanto os outros pensionistas tinham discriminadas neste campo as classes as quais pertenciam, conforme o pagamento de diárias específicas.

FIGURA 17 – Proporção de entradas de pacientes na Santa Casa de Misericórdia de Campinas por categorias de atendimento, 1876–1900



Fonte: Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

Pensionistas sem remetentes foram a minoria dos atendimentos, o que se traduziu

como problemas de financiamento para a estrutura das Misericórdias na segunda metade do século XIX. Pensionistas com remetentes são os casos nos quais uma pessoa responsável é designada como pagante dos serviços. Até o ano de 1887, essa categoria é representada por poucos indivíduos, nos quais geralmente o cônjuge ou os pais são responsáveis pela internação do paciente. No ano de 1888, com o fim da escravidão legal, essa categoria assume a importância antes assumida pelo grupo de pessoas escravizadas, sugerindo que em um primeiro momento, a população egressa da escravidão continuou a pertencer ao círculo de influência de seus antigos proprietários, de forma que estes continuaram a assumir por um momento os custos de hospitalização dessa população.

Parte significativa dessas entradas correspondem a indivíduos escravizados, que tinham sua estadia paga pelos seus proprietários. Mas afinal, quem eram esses indivíduos? Quais profissões esses sujeitos desempenhavam? A configuração ocupacional dos habitantes de Campinas segundo o Censo de 1872 indicava uma grande massa de indivíduos sem profissão e uma maioria expressiva de lavradores, compostos por escravos (58%) e brasileiros (38%) na maior parte dos casos. Os estrangeiros ocuparam as posições de trabalhadores agropecuários e da produção de bens, além de serem maioria entre os comerciantes, o que se mostra na Tabela 13, em que as ocupações são divididas em grandes grupos ocupacionais.

TABELA 13 – População segundo grandes grupos ocupacionais e condição jurídica – Campinas, 1874

Grupos Ocupacionais	População	Livres (%)		Escravos (%)
		Brasileiros	Estrangeiros	
Profissionais e técnicos especializados	353	1,7	4,6	0,0
Administradores e gerência	–	–	–	–
Serviços administrativos	63	0,4	–	–
Vendedores e comércio	407	1,9	5,7	–
Trabalhadores dos serviços	4.453	12,5	9,0	16,9
Agropecuários	11.887	27,1	38,1	50,2
Produção de bens, transporte e outros	2.830	9,6	26,8	5,8
Não classificáveis por sua ocupação	11.404	46,9	15,9	27,1
Total	31.397	100,0	100,0	100,0

Fonte: Recenseamento do Império do Brasil (1874).

A força de trabalho escravizada concentrava-se em atividades no setor agropecuário e de serviços. Os brasileiros livres, por sua vez, eram a maioria entre os que não possuíam profissão e exerciam atividades semelhantes às dos escravos. Para os dados dos enfermos da Santa Casa mostram padrões semelhantes, mas trazem uma ampla gama de ocupações que não aparecem nos dados do Censo de 1872. É possível que aqui estejam retratadas ocupações não classificadas como profissões no Censo, isto é, algumas atividades que geralmente não eram ligadas a nenhum tipo de qualificação específica e passavam à margem dos registros censitários.

Quando tomamos os dados de enfermos da Santa Casa de Misericórdia, é possível identificar estrutura semelhante, com 78,5% de escravos cuja ocupação estava dentro da categoria de trabalhadores urbanos e rurais sem especialização, sob a denominação genérica de *trabalhadores*. Acredita-se que parte considerável dos trabalhadores dessas categorias trabalhavam na lavoura de café, no açúcar ou no algodão. 14,3% se encaixavam especificamente no setor agropecuário, sob as nomenclaturas de roceiros e lavradores. Apenas 5% dos registros não puderam ser aproveitados devido à não existência da informação ou registro não relacionado à ocupação, contra 27% do levantamento censitário.

TABELA 14 – Distribuição ocupacional dos enfermos da Santa Casa de Misericórdia de Campinas segundo condição jurídica e nacionalidade, 1876–1900

Grupo ocupacional	1876–1888			1889–1900	
	Escravos	Brasileiros	Estrangeiros	Brasileiros	Estrangeiros
Profissionais técnicos e especializados	1	12	12	13	15
Administradores e gerência	15	10	2	9	8
Serviços administrativos	2	23	32	25	33
Vendedores e comércio	1	9	38	19	33
Trabalhadores dos serviços	305	913	294	1.329	587
Agropecuários	1.232	211	213	151	219
Produção de bens, transporte e outros	73	292	434	508	753
Trabalhadores sem especialização	242	663	1.330	1.880	1.826
Não classificáveis por sua ocupação	115	100	73	164	130
Total	1.986	2.233	2.428	4.098	3.604

Fonte: Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

Tomando a distribuição ocupacional dos enfermos da Santa Casa em dois momentos – antes e depois da abolição da escravidão – é possível observar uma mudança clara no perfil de ocupações da população brasileira livre atendida. De 1889 a 1900, 32% dos brasileiros livres atendidos estavam alocados em profissões do setor de serviços. A partir do momento em que a população antes escravizada foi incorporada na população livre, cresce a representação do segmento de trabalhadores não especializados. A diminuição do setor agropecuário sugere um perfil mais urbano do trabalhador hospitalizado. Existiu, além disso, uma preocupação por parte dos provedores da Santa Casa com o possível aumento da população hospitalizada e com a capacidade do hospital de atender a seu principal público, *a população da gente do trabalho*. No ano de 1885, em que a escravidão estava em seus momentos finais com a promulgação da Lei dos Sexagenários, a preocupação com o atendimento da população trabalhadora pobre veio à tona:

Verdade é que os municípios vizinhos como Casa Branca, Rio Claro, etc., tratam de seguir o exemplo de Campinas, criando e dotando casas de caridade, e isso deverá diminuir a vinda de seus respectivos munícipes; mas é necessário não esquecer também que a população cresce todos os dias, e sobretudo aquela

que mais procura o auxílio hospitaleiro, a população da gente do trabalho. Batem à porta já centenares de infelizes sexagenários, e em breve será maior o seu número, pois que muitos deles não poderão contar com outro refúgio além do que lhe possa vir da caridade pública (IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE CAMPINAS, 1885, p. 12).

Diferenças significativas no perfil ocupacional por sexo também podem ser visualizadas. Mulheres são encontradas majoritariamente no setor de serviços em profissões como empregadas domésticas, lavadeiras, costureiras e nas mais diversas variedades de serviços domésticos. Profissões como enfermeira e parteira representam a reduzida participação feminina no setor de profissionais técnicos e especializados.

Maioria dos atendidos pelo hospital da Santa Casa, homens em idade ativa se concentraram em um primeiro momento majoritariamente no setor de agropecuário, sendo representados por profissões como lavradores, agricultores e roceiros. No setor do comércio, representados em grande maioria por estrangeiros moradores do quadro urbano, são comerciantes, mascates e caixeiros-viajantes. Os serviços administrativos são representados por profissões ligadas à rotina das ferrovias, em especial as Companhias Paulista e Mogiana; tratam-se de trabalhadores da linha férrea e profissões de supervisão.

Quando observada a dinâmica das diferenças ocupacionais entre homens e mulheres ao longo do tempo, é possível observar que as mulheres passam a se concentrar totalmente no setor de serviços nas profissões ligadas aos serviços domésticos perdem participação no setor de agropecuária, fenômeno que em certa medida também ocorre com os homens, que a partir da década de 1890 aumentarão sua participação no setor de produção de bens e serviços em atividades ligadas ao cotidiano no mundo urbano, como artesãos, trabalhadores de fábrica, carpinteiros, ferreiros e outras especialidades do setor metal-mecânico, entre outras.

TABELA 15 – Distribuição ocupacional dos enfermos da Santa Casa de Misericórdia de Campinas segundo sexo, 1876–1900

Grupo ocupacional	1876–1888		1889–1900		Total
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	
Profissionais técnicos e especializados	35	4	37	6	82
Administradores e gerência	25	1	16	0	42
Serviços administrativos	56	1	56	1	114
Vendedores e comércio	45	3	51	0	99
Trabalhadores dos serviços	517	995	418	1.498	3.428
Agropecuários	1.236	411	286	74	2.007
Produção de bens, transporte e outros	719	75	1.195	64	2.053
Trabalhadores sem especialização	2.141	94	3.663	43	5.941
Não classificados por sua ocupação	172	119	192	102	585
Total	4.946	1.703	5.914	1.788	14.351

Fonte: Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

Quem eram os proprietários que concediam tratamento hospitalar aos seus escravos? Notemos que para o período pós-1850, com a proibição do tráfico de escravos, as evidências trazidas por Slenes (1976, p. 354) indicam que os fazendeiros de café de Campinas se preocuparam com a saúde de seus trabalhadores. Uma das manifestações dessa preocupação foi prover tratamento adequado aos escravos. O autor destaca que despesas como remédios e visitas médicas figuravam em alguns relatos de administrativos das fazendas.

Além das despesas com tratamento médico nas próprias fazendas, existem evidências de despesas com medicamento a escravos que foram enviados para as residências urbanas dos fazendeiros ou para hospitais públicos e casas particulares da cidade. Para Slenes (1976, p. 355), foi relativamente comum a grandes plantações campineiras, em especial nos anos 1880, contar com enfermarias que recebiam regularmente visitas de um prático.

Existia um incentivo econômico claro no tratamento o mais rápido possível dos escravos. Qualquer doença, à medida que se traduz em incapacitação temporária ou permanente, resulta em uma perda de produtividade do trabalho, e conseqüentemente, dos rendimentos. Mais do que isso, a partir do momento em que o escravo passa a ser entendido como um investimento, o proprietário provê tratamento quando o benefício excede os custos de medicalização. Entre a elite cafeeira que se formou em Campinas, estreitamente ligada a obras de caridade e filantropia, mais do que uma forma de garantir certo prestígio social, a Santa Casa foi uma das instituições que teve a função de atender sua população escravizada.

Mais do que isso, os registros de enfermos da Santa Casa de Campinas nos dão indícios de que esses mesmos proprietários, suas heranças e famílias enviavam para tratamento na Pia Instituição não somente a população escravizada, mas também toda aquela que depois da abolição estava ainda de alguma forma sob sua esfera de influência, como por exemplo, os estrangeiros livres de fazendas que constituíram núcleos coloniais e ex-escravos que passaram a ser trabalhadores livres. Para identificar casos como esses seria necessário um cruzamento nominativo que foge ao escopo atual da pesquisa, mas nota-se que esse tipo de informação é uma das potencialidades da fonte.

Em um olhar para o perfil dos remetentes de enfermos ao Hospital, identificamos que parte significativa dos escravos pertencia a proprietários ligados à filantropia e à Santa Casa. 6% de todos os escravos no período de 1876 a 1888 foram enviados pela Baronesa de Limeira, Francisca de Paula Souza Queiroz, uma das Irmãs doadoras da Misericórdia. O Barão de Limeira, Vicente de Souza Queiroz (1813–1872), foi um dos grandes proprietários que ganharam destaque em Campinas na era de expansão cafeeira. Para uma comparação da produção de suas propriedades com a de outros remetentes, podemos utilizar os dados do chamado Imposto da Matriz Nova, uma contribuição especial criada pela Câmara.

Esse imposto classifica os lavradores de café, açúcar e algodão em doze classes diversas de acordo com sua capacidade contributiva. A capacidade era calculada a partir das médias de produção das fazendas de cada proprietário. Procedimento análogo acontecia para classificar os capitalistas em seis diferentes classes, que tinham sua capacidade contributiva

TABELA 16 – Principais remetentes de enfermos escravizados da Santa Casa de Misericórdia de Campinas, 1876–1888

Nome do remetente	Entradas	(%) Total
Francisca de Paula Souza Queiroz (Baronesa de Limeira)	132	6,7
Luiz Antônio de Souza Queiroz	80	4,0
Conselheiro Albino José Barbosa de Oliveira	66	3,3
Maria Augusta de Mendonça Doque	60	3,0
Comendador Geraldo Ribeiro de Souza Rezende (Barão de Geraldo de Rezende)	56	2,8
Coronel Joaquim Quirino dos Santos	50	2,5
Maria Brandina de Souza Aranha	47	2,4
Antonio Pompeu de Camargo	42	2,1
Antonio Carlos de Almeida Nogueira	41	2,1
João Manoel de Almeida Barbosa	40	2,0
Domingos Leite Penteado	36	1,8
Gertrudes Leopoldina Soares (Baronesa de Atibaia)	34	1,7
Pedro Egídio de Souza Aranha	34	1,7
João Mourthé	28	1,4
Antonio Américo de Camargo Andrade	27	1,4
Augusto Xavier Bueno de Andrade	27	1,4
Capitão João Ferraz de Campos	27	1,4
Avelino Antero de Oliveira Valente	25	1,3
João Leite de Camargo Penteado	25	1,3
João Baptista de Moraes Godoy	21	1,1
Outros remetentes	1.083	54,7
Total	1.981	100,0

Fonte: Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

calculada a partir da volume de movimentações e dinheiro a prêmio. A Baronesa de Limeira, maior remetente de escravos da Santa Casa, foi classificada em 1873 como lavradora de 11^a classe, o que significava uma capacidade contributiva correspondente a uma produção de 230 a 300 arrobas de café, dentro da produção de 1.500.000 arrobas de café de todo o município em 1886³⁴.

Outro grande remetente de escravos durante o período foi Luiz Antônio de Souza Queiroz (1836–1912), neto do brigadeiro Luiz Antônio e Genebra de Barros Leite, filho de Francisco Antônio de Souza Queiroz, o Barão de Souza Queiroz. Grande fazendeiro e capitalista, seu pai participou ativamente de empreendimentos da cidade, como no prolongamento da ligação ferroviária de Jundiá a Campinas, com a Companhia Paulista de Estradas de Ferro (ROCHA, 2005, p. 82).

Irmão da Santa Casa de Misericórdia, o Conselheiro do Império Albino José Barbosa de Oliveira (1809–1889) foi casado com Isabel Augusta de Souza Queiroz, também neta do brigadeiro Luiz Antônio e herdeira da Fazenda Rio das Pedras. Em 1873, contribuiu para o

³⁴ Para dados sobre a produção de café de Campinas ver, por exemplo, Camargo (1981) e Estatística Zootécnica do Estado de São Paulo (1905).

imposto da Matriz Nova como lavrador de 3ª classe, que correspondia a uma produção de 30 a 50 arrobas de café. Em sua relação como doador da Santa Casa de Misericórdia, também ajudou no arremate de prendas para construção do Asilo de Órfãs, anexo ao hospital (IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE CAMPINAS, 1972, p. 105).

Também os capitalistas foram grandes remetentes de escravos para tratamento no hospital da Misericórdia. Entre eles, destacam-se Maria Augusta de Mendonça Doque e Coronel Joaquim Quirino dos Santos. Foram classificados, segundo a capacidade contributiva do imposto da Matriz Nova como capitalistas de 4ª e 3ª classe, respectivamente. Isso significava que movimentavam um volume financeiro entre 50 e 200 contos de réis, pagando por isso um imposto de 50 mil-réis.

O Coronel Quirino (1820–1889) foi um conhecido filantropo da cidade, que colocou à disposição da cidade a importância de 5 contos de réis para a construção e manutenção de um hospital de isolamento para as pessoas atingidas pro doenças infectocontagiosas. Segundo Lapa (1996, p. 218), este estabelecimento foi o Hospital de Variolosos, criado por iniciativa da Câmara Municipal como uma das providência diante das epidemias de “bexigas” que assolavam a cidade. Além disso, o coronel doou 100\$000 para a edificação do hospital da Santa Casa, o que segundo o Compromisso da Irmandade, lhe garantia o *status* de Irmão da Santa Casa, obrigado apenas aos serviços da Irmandade (IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE CAMPINAS, 1972, p. 93).

Responsável por enviar 57 escravos aos cuidados da Santa Casa de Misericórdia, o Comendador Geraldo Ribeiro de Souza Rezende, Barão de Geraldo de Rezende, foi um grande proprietário de terras. Genro do Conselheiro Albino Barbosa de Oliveira e filho do Marquês de Valença, herdou em 1870 a Fazenda Santa Genebra. O Barão Geraldo, como outros membros da elite campineira, também pertenceu à Irmandade de Misericórdia (ROCHA, 2005, p. 148).

Outras personagens ganharam destaque por suas obras de caridade e também enviavam quantidade relativamente grande de escravos para a Santa Casa. Maria Brandina de Souza Aranha, viúva de Álvaro Xavier da Silva Camargo, colheu em sua fazenda Mato Dentro de Baixo no ano de 1875 algo entre 5 e 7 mil arrobas de café, sendo classificada como lavradora de 4ª classe. Faleceu em 1900 e deixou suas propriedades a seus filhos Cândido Álvaro de Souza Camargo e Antônio Álvaro de Souza Camargo. Maria Brandina foi uma das doadoras de recursos à cidade durante a grave epidemia de febre amarela de 1889 (SANTOS FILHO; NOVAES, 1996, p. 160). Aliás, seu genro, o Capitão Antonio Carlos de Almeida Nogueira, também foi lavrador e proprietário de escravos de Campinas, recorrendo aos serviços da Santa Casa para a assistência a seus trabalhadores.

Membros da Irmandade de Misericórdia se destacam entre os maiores remetentes de escravos. Entre eles também podemos destacar: Antonio Pompeu de Camargo, rico fazendeiro que produzia entre 15 e 18 mil arrobas de café e foi um dos principais acionistas da Companhia Paulista de Estradas de Ferro; João Manoel de Almeida Barbosa, lavrador de 5ª classe, com produção entre 7 e 9 mil arrobas que formou, em 1872, a colônia Nova Colúmbia; Domingos Leite Penteado, lavrador de 2ª classe; Antonio Américo de Camargo Andrade, lavrador de 3ª

classe, que doou 100\$000 para a construção do hospital; Capitão João Ferraz de Campos, irmão fundador da Irmandade.

A Baronesa de Atibaia, Gertrudes Leopoldina Soares, responsável pela ordem de entrada de 34 escravos nas enfermarias, deu grandes contribuições à Irmandade, motivo pelo qual recebeu do provedor da Santa Casa o título de Irmã Benemerita (IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE CAMPINAS, 1972, p. 69). Foi casada com Joaquim Antonio de Arruda, o Barão de Atibaia, e a produção anual de suas propriedades era estimada entre 9 e 12 mil arrobas. Sua mãe, Maria Felicíssima de Abreu Soares foi a benemerita doadora do terreno onde está localizada a Santa Casa de Misericórdia (SANTOS FILHO; NOVAES, 1996, p. 97).

Além desses, outros nomes figuram na lista dos maiores remetentes, com menor representatividade. Pedro Egídio de Souza Aranha, capitalista de 4ª classe, filho da viscondessa de Campinas; Augusto Xavier Bueno de Andrade, lavrador de 4 classe, irmão da baronesa de Ataliba Nogueira; João Leite Penteado, negociante e proprietário de um açougue (ALMANACH..., 1877, p. 53), pertencente a outra conhecida família de Campinas.

Camargo Penteado, Souza Aranha, Souza Queiroz, Abreu Soares. As Misericórdias em todo o antigo Império Colonial Português eram assunto de família. Isabel dos Guimarães Sá (2013, p. 63) argumenta que as grandes famílias assumiam quase sempre um papel preponderante, que se perpetuava nessas irmandades. Pais, filhos irmãos, sogros, genros, primos e cunhados se encontravam nas Mesas das Misericórdias, que ostentavam os mesmos nomes de família ao longo de várias gerações. Ainda que a relação entre os membros dessas Irmandades e a nobreza tenha sido menos clara nas Misericórdias brasileiras, é possível identificar, no caso de Campinas, a influencia das famílias de grandes proprietários de terras enobrecidos pelo Império, nos processos decisórios dessa Irmandade.

Os incentivos econômicos envolvidos no tratamento são levados a um exemplo-limite quando identificamos, por exemplo, comerciantes de escravos como remetentes. Tais incentivos no tratamento hospitalar já foram trabalhados por autores como Lander e Pritchett (2009), que ao analisar um hospital geral de New Orleans, identificaram uma relação entre o preço dos escravos e a probabilidade de admissão no hospital. Em linhas gerais, velhos e crianças raramente recebiam atendimento em *Touro Hospital*, indicando que somente escravos mais valiosos recebiam tratamento. É notável como os escravos atendidos pela Santa Casa de Campinas acumularam características consideradas geralmente valorizadas, visto que foram majoritariamente homens em idade ativa. Dessa forma, poderia não haver incentivos econômicos na internação hospitalar de escravos menos relevantes à economia dos proprietários, sobretudo mulheres e indivíduos fora da idade ativa.

Alguns indícios para isso estão presentes no fato de um dos vinte remetentes de escravos ser o comerciante João Mourthé. João Mourthé foi classificado de acordo com o imposto da Matriz Nova como um capitalista de 3ª classe, faixa sob a qual estavam os que deram dinheiro a prêmio de 50 a 100 contos de réis. Segundo Joice Fernanda Souza Oliveira (2013), trata-se de um proeminente negociante, responsável pela negociação de 838 escravos ao longo dos anos de

1868 a 1878, em especial das províncias do norte e nordeste.

Segundo Scheffer (2016, p. 155), Mourthé não era o proprietário de fato dos cativos, mas um procurador com aval para realizar as vendas. Suas redes de comércio de escravos iam desde as províncias do norte e de nordeste até cativos da Corte e das províncias do sul, como Santa Catarina. Essa rede ampla foi criada pelo fato de o negociante, residente em Campinas, comprar escravos no próprio Sudeste para revendê-los na cidade. Em trabalho anterior, Scheffer (2019) detalhou o modo de operação deste comerciante por meio de um processo cível de devolução de escravo de 1877 movido contra Mourthé. O comerciante foi acusado de vender um escravo doente para o lavrador Francisco Aguiar de Barros. O escravo em questão sofria de reumatismo, motivo que fez o comprador questionar a justiça com objetivo de reaver o dinheiro da compra.

Ao analisar a naturalidade dos escravos enviados por João Mourthé para a Santa Casa, identificamos os provenientes das províncias do norte e nordeste. No caso de escravos, a informação sobre naturalidade traz termos mais gerais, que muitas vezes correspondem à província de origem, ou a lugares genéricos que pouco tem a ver com o local de nascimento. No entanto, é possível encontrar províncias como Bahia, Maranhão, Pará, Ceará, além de termos menos precisos como “Norte” e “Sertão”. Esses indícios nos levam à conclusão de que Mourthé enviava escravos para tratamento na Santa Casa para revendê-los.

A doença, por definição, pressupõe incapacitação temporária ou permanente para o trabalho e escravos com deficiências ou doenças tinham seu valor depreciado³⁵. Além disso, o preço do escravo era fortemente associado com características, como sexo e idade. Dessa forma, a diferença entre o preço de uma pessoa escravizada doente e sadia com as mesmas características demográficas se constituía para indivíduos como João Mourthé como um benefício marginal em prover tratamento hospitalar. Para um tratamento voltado em grande medida aos escravos, o custo de hospitalização na Santa Casa muito provavelmente não resultava superior a essa diferença de preços, ainda que seja difícil mensurar essa relação de custos e benefícios sem hipóteses adicionais sobre estimativas de preços de escravos. No entanto, exceto nos casos incuráveis, no geral, a decisão de assistência hospitalar aparentemente resultava em benefícios maiores que custos.

Após a abolição da escravidão, o perfil de remetentes de enfermos sofreu algumas mudanças importantes. Em especial a partir da década de 1890, as empresas ferroviárias Companhia Paulista e Companhia Mogiana de Estradas de Ferro passam a ser os dois maiores remetentes de enfermos do período. Outras figuras importantes como Maria Augusta de Mendonça Doque, o Barão Geraldo de Rezende, a Baronesa de Atibaia e a Baronesa de Limeira continuam nesta lista. Portanto, os maiores proprietários de escravos para a Santa Casa permaneceram enviando pacientes, o que constitui uma evidência não só de que tinham participação ativa na instituição como também utilizavam seus serviços para atender, em geral, seus próprios trabalhadores.

³⁵ Para uma análise baseada em inventários, ver Martins (2004).

TABELA 17 – Principais remetentes de enfermos de 14 de maio de 1888 até 31 de dezembro de 1900

Nome do Remetente	Entradas	(%) Total
Companhia Paulista de Estradas de Ferro	62	7,1
Companhia Mogiana de Estradas de Ferro	48	5,5
Maria Augusta de Mendonça Doque	26	3,0
Gertrudes Leopoldina Soares (Baronesa de Atibaia)	21	2,4
Antônio Álvaro de Souza Camargo	19	2,2
Francisco Ferreira de Camargo Andrade	16	1,8
Salvador Leite Penteadado	16	1,8
Francisco Antonio de Souza Queiroz	14	1,6
Conselheiro Albino José Barbosa de Oliveira	13	1,5
Francisco Antonio de Souza Queiroz Filho	13	1,5
Joaquim Ferreira de Camargo Andrade (Barão de Ibitinga)	11	1,3
Comendador Geraldo Ribeiro de Souza Rezende (Barão de Geraldo de Rezende)	10	1,1
Antonio Egídio de Souza Aranha	9	1,0
Carlos Ferreira de Camargo	9	1,0
Francisca de Paula Souza Queiroz (Baronesa de Limeira)	9	1,0
Francisco Domingues Sampaio (Cortume Campineiro)	9	1,0
Joaquim Teixeira de Almeida Nogueira	9	1,0
Antonio Egídio Nogueira Aranha	8	0,9
Antonio Galdino de Abreu Soares	8	0,9
Antonio Lapa	8	0,9
Avelino Novaes Teixeira	8	0,9
Companhia Rural do Brasil	8	0,9
Gertrudes Egídio Pompeu do Amaral	8	0,9
João Lopes de Andrade	8	0,9
Outros remetentes	502	57,6
Total	872	100,0

Fonte: Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

Um exemplo de como essas mudanças na relação entre paciente e remetente se deram ao longo do tempo pode ser percebido em casos específicos, como os pacientes que residiam na Fazenda Santa Maria, localizada no que hoje é o distrito de Joaquim Egídio. Tal fazenda pertenceu ao comendador Francisco Teixeira Vilela, grande proprietário de escravos de Campinas, falecido em 1873. Nos anos de 1877 e 1878, dois escravos são enviados para a Santa Casa em nome da “Herança Vilella”, tendo como residência a Fazenda Santa Maria. Nos três anos seguintes, seu filho, José Teixeira Vilela, aparece como responsável por seis escravos enviados à enfermaria. Em 1888, um único registro de paciente “trabalhador” aparece com o nome da viúva, Maria Josepha da Conceição Vilela, muito provavelmente um ex-escravo³⁶.

A Santa Maria foi vendida em 1892 para a Companhia Rural do Brasil, empresa

³⁶ Sobre a família Teixeira Vilela-Teixeira Nogueira, ver Ribeiro (2015).

concessionária da fundação de núcleos coloniais em São Paulo e no Paraná, com sede no Rio de Janeiro e atuação em Campinas. Essa empresa figuraria entre os maiores remetentes à Santa Casa, enviando oito trabalhadores italianos. As relações entre remetentes e pacientes se transformavam à medida que Campinas transformava seu núcleo urbano, sua economia, suas relações de trabalho. Os incentivos econômicos em prover o tratamento para o principal público da Santa Casa – os trabalhadores pobres, brasileiros ou estrangeiros – continuaram a existir após a abolição.

4.2.2 *Morbidade e mortalidade por causas*

Quais as principais doenças que atingiram os enfermos da Santa Casa de Misericórdia? Como esse perfil de morbimortalidade se diferenciou da população em geral e quais elementos novos para a discussão do tema poderão trazer essas informações? O objetivo dessa seção é responder algumas dessas perguntas e discutir possíveis diferenças entre subgrupos da população quanto ao perfil de mortalidade e morbidade.

A Santa Casa de Misericórdia de Campinas, como observamos, atendeu majoritariamente indivíduos em idade produtiva e reprodutiva, de forma que crianças e idosos estão sub-representados. Essa população hospitalizada, em específico, apresentou perfil de morbimortalidade que guarda algumas distinções daquele encontrado para o município como um todo. Os 24 anos de registros das enfermarias nos permitem ir além da mortalidade por causas e explorar outras variáveis envolvendo casos não fatais. A Tabela 18 evidencia a distribuição dos enfermos por destinação final e grupos de causas de morte.

Os dados estão desagregados entre a distribuição dos indivíduos curados, falecidos e os que tiveram destinação final de “melhorados”. Outras destinações como saídas, fugas e altas a pedido foram agregadas em uma única categoria de análise. Uma primeira aproximação nos permite observar um perfil mais equilibrado entre doenças infecciosas e não infecciosas do que a população em geral, com 40,2% representado pelas doenças infecciosas (contra 48,8% dos óbitos do município), 34,4% representado pelas doenças não infecciosas (contra 26% do óbitos do município). A proporção de causas mal definidas e desconhecidas foi superior à registrada para os óbitos de Campinas, devido ao desaparecimento dos livros de registros dos enfermos curados entre 1889 e 1895. Quando considerados somente os óbitos, a proporção de causas mal definidas ou desconhecidas é reduzida para 14% dos casos, cifra significativamente menor do que a dos dados do registro civil.

Quando analisamos o perfil dos enfermos falecidos, é possível observar uma predominância das infectocontagiosas, mas em menor peso relativo do que no município como um todo. Isso se deve ao fato, principalmente, de não ter sido o Hospital da Santa Casa o palco central nas grandes epidemias. Ainda que a Santa Casa tenha sido destino de alguns atingidos pela febre amarela, apenas 31 de 120 pacientes atendidos morreram da doença. Com exceção do ano de 1889, no qual a Santa Casa criou enfermaria especial para cuidar desses casos, nos outros anos estes enfermos foram transferidos para o Lazareto do Fundão. Dentre as doenças

TABELA 18 – Atendidos na Santa Casa de Misericórdia por desfecho e grupos de doenças e causas de morte, 1876–1900

Grupos	Falecidos	Curados	Melhor	Outros	Total	(%)
<i>Doenças Infecciosas</i>	1.599	3.069	866	230	5.764	40,2
Transmitidas por Água e Alimentos	327	306	67	10	710	5,0
Transmitidas pelo Ar	766	802	285	94	1.947	13,6
Transmitidas por Vetores	190	922	127	36	1.275	8,9
Outras Infecciosas	316	1.039	387	90	1.832	12,8
<i>Doenças Não Infecciosas</i>	1.227	2.586	898	228	4.939	34,4
Carenciais	24	69	26	6	125	0,9
Metabólicas	49	67	24	10	150	1,1
Endócrinas e intoxicações	2	9	2	1	14	0,1
Cerebrovasculares	58	32	10	6	106	0,7
Sistema Nervoso	55	175	79	47	356	2,5
Sistema Circulatório	397	119	129	29	674	4,7
Sistema Respiratório	49	31	8	0	88	0,6
Sistema Digestivo	131	403	127	30	691	4,8
Sistema Geniturinário	13	163	46	18	240	1,7
Pele e Sistema Locomotor	81	788	253	38	1.160	8,1
Patologia Perinatal	8	10	6	3	27	0,2
Vícios de Conformação	1	0	4	0	5	0,0
Câncer e tumores	48	50	30	20	148	1,0
Causas externas	311	670	154	20	1.155	8,1
<i>Doenças mal definidas ou desconhecidas</i>	220	2.186	1.177	64	3.647	25,4
Total	3.046	7.841	2.105	317	14.350	100,0

Fonte: Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

não infecciosas, o grupo mais representativo entre os falecidos foi o das doenças do aparelho circulatório, muito devido às lesões cardíacas.

O perfil dos curados mostra um quadro um pouco diferente. Entre as doenças infecciosas, as que tiveram maior taxa de cura foram as do grupo de “Outras doenças infecciosas”. Dentro desse grupo estão presentes algumas doenças que na verdade, são descritas como sintomas, como por exemplo as febres. Na maioria dos casos, os sintomas eram controlados, e por isso normalmente a destinação final foi a cura ou ainda, a observação de “melhorado”, que na prática não se distinguia de maneira clara do diagnóstico de cura, dado que para algumas doenças como a sífilis – o controle de sintomas foi muitas vezes confundido com cura. Entre as doenças não infecciosas, as doenças da pele e do aparelho locomotor foram as mais curadas, com uma grande representatividade dos casos de ulcerações na perna e no pé, geralmente associadas a condições de trabalho intensas.

A Tabela 19 apresenta os dados agregados de atendimentos por sexo e grupos de doenças. Nota-se de imediato que tanto para homens quanto para mulheres a carga de atendi-

TABELA 19 – Atendidos da Santa Casa de Misericórdia por sexo e grupos de doenças e causas de morte, 1876–1900

Grupos	Mulheres	(%)	Homens	(%)	Total	(%)
<i>Doenças Infecciosas</i>	1.499	43,0	4.265	39,3	5.764	40,2
Transmitidas por Água e Alimentos	175	5,0	535	4,9	710	5,0
Transmitidas pelo Ar	589	16,9	1.358	12,5	1.947	13,6
Transmitidas por Vetores	299	8,6	976	9,0	1.275	8,9
Outras Infecciosas	436	12,5	1.396	12,9	1.832	12,8
<i>Doenças Não Infecciosas</i>	1.146	32,8	3.793	34,9	4.939	34,4
Cenciais	39	1,1	86	0,8	125	0,9
Metabólicas	26	0,7	124	1,1	150	1,1
Endócrinas e intoxicações	5	0,1	9	0,1	14	0,1
Cerebrovasculares	36	1,0	70	0,6	106	0,7
Sistema Nervoso	115	3,3	241	2,2	356	2,5
Sistema Circulatório	163	4,7	511	4,7	674	4,7
Sistema Respiratório	15	0,4	73	0,7	88	0,6
Sistema Digestivo	169	4,8	522	4,8	691	4,8
Sistema Geniturinário	101	2,9	139	1,3	240	1,7
Pele e Sistema Locomotor	202	5,8	958	8,8	1.160	8,1
Patologia Perinatal	23	0,7	4	0,0	27	0,2
Vícios de Conformação	4	0,1	1	0,0	5	0,0
Câncer e tumores	60	1,7	88	0,8	148	1,0
Causas externas	188	5,4	967	8,9	1.155	8,1
<i>Doenças mal definidas ou desconhecidas</i>	845	24,2	2.802	25,8	3.647	25,4
Total	3.490	100,0	10.860	100,0	14.350	100,0

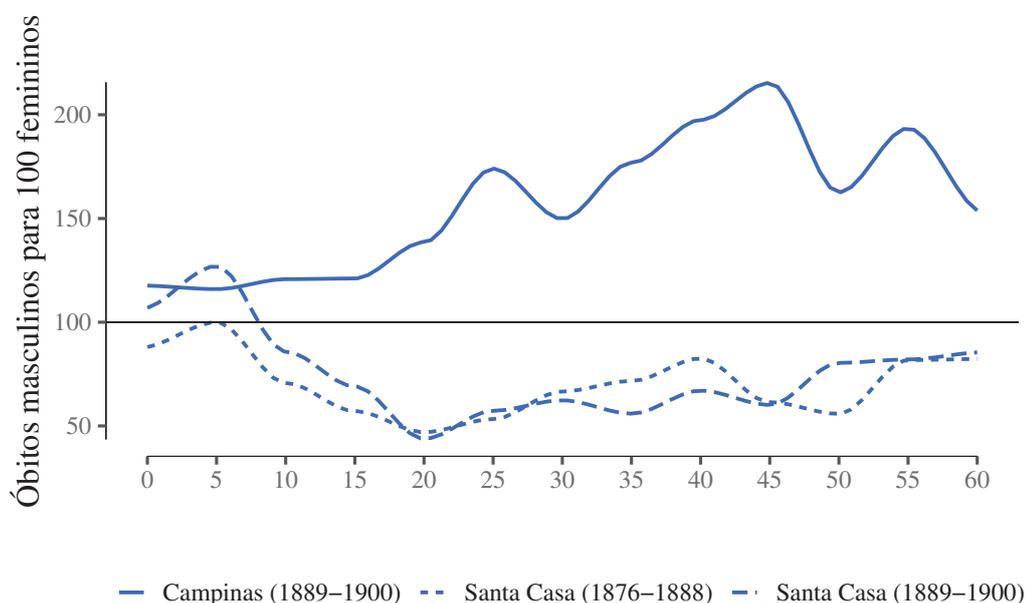
Fonte: Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

mentos é concentrada, em primeiro lugar, nas doenças infecciosas. Elas representam 43% das causas de atendimentos em mulheres e 39% dos atendimentos em homens. Doenças infecciosas transmitidas por vetores e outras doenças infecciosas como a sífilis foram mais presentes em homens, mas essa diferença foi pequena.

Diversos subgrupos da população experimentam diferenças em nível, padrão e tendência da mortalidade de acordo com características como composição por sexo e idade, nacionalidade, condição jurídica e estado conjugal. No rol das diferenças mais significativas estão os diferenciais de mortalidade entre homens e mulheres, que se refletem em diferenças na esperança de vida ao nascer. Uma das formas de analisar os diferenciais por sexo desagregados por idade se dá por meio de razões de sobremortalidade (CHOR; DUCHIADE; JOURDAN, 1992). A Figura 18 revela a razão de sobremortalidade masculina, isto é, a razão de sexos entre as proporções de óbitos entre homens e mulheres para Campinas em comparação com os dados compilados da Santa Casa de Misericórdia de seu primeiro dia de funcionamento até o final do século XIX.

Ao contrário do comportamento dos óbitos de Campinas como um todo, no hospital

FIGURA 18 – Razão de sobremortalidade masculina (H/M) – Campinas e Santa Casa de Misericórdia



Fonte: Dados extraídos do Registro Civil de Campinas (1889-1900) e dos Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

as mulheres morreram substancialmente mais em praticamente todas as faixas de idade, exceto na faixa de 5 a 9 anos de idade. Razões de sobremortalidade maiores que a unidade representam uma mortalidade mais elevada para homens, enquanto valores abaixo da unidade indicam mortalidade mais elevada para mulheres. As maiores diferenças entre homens e mulheres se revelam na faixa de idade produtiva e reprodutiva, em especial dos 20 aos 29 anos. Nota-se que os picos nas razões de sobremortalidade do Registro de Óbitos sugerem erros de declaração de idade ao óbito e preferência por dígitos. Na Santa Casa, mulheres entre 20 e 24 anos experimentaram uma mortalidade da ordem de 50 óbitos femininos para cada 100 óbitos masculinos. Na faixa etária seguinte, de 25 a 29 anos, experimentaram mortalidade de 57 para cada 100 homens. As maiores taxas de mortalidade hospitalar masculina foram apresentadas nos primeiros anos de idade, em razão muito semelhante à da população em geral.

Inicialmente, a hipótese formulada para explicar boa parte do diferencial de mortalidade entre homens e mulheres foi a de que pesaram contra elas os casos de morte materna, que aumentavam as chances de morte hospitalar em casos graves. Daniel Oliveira (2012) mostrou para a Santa Casa de Porto Alegre um padrão de mulheres que chegavam de fato em situação mais grave nas doenças relacionadas a gravidez, parto e puerpério, depois de esgotados os tratamentos das parteiras. No entanto, no caso da Santa Casa de Campinas, predominavam entre os atendimentos femininos as doenças transmitidas pelo ar, sobretudo a tuberculose, com grande taxa de letalidade – muito mais representativa que os poucos casos de patologias perinatais.

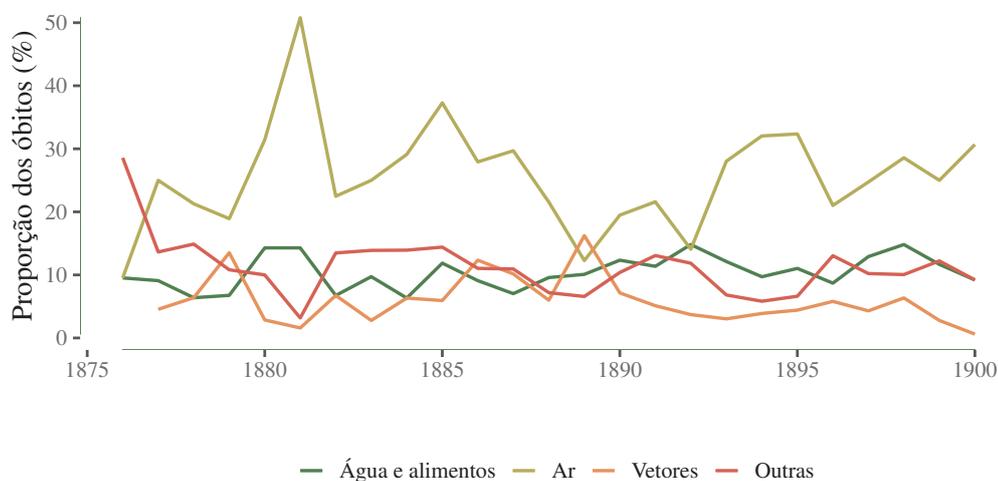
Karasch (2000, p. 211) destaca que algumas características da levam a esse resultado

diferencial. Em geral, a tuberculose se desenvolve durante a idade adulta jovem nas mulheres e em idades mais avançadas em homens. Além disso, o estresse da gravidez e a tendência de mulheres alocadas em serviços domésticos estarem mais propensas a ambientes confinados, faziam o bacilo da tuberculose se espalhava rapidamente entre essa população em especial.

A descoberta do bacilo da tuberculose por Robert Koch em 1882 não significou um avanço tecnológico imediato no sentido de um tratamento eficiente para a doença, dado que a primeira vacina que obteve sucesso contra a doença foi criada já no século XX (ROSEN, 1994, p. 248). Chernoviz (1890, p. 1095) destaca em seu dicionário como causa da tuberculose o frio úmido e coloca em dúvidas o caráter contagioso da enfermidade, recomendando, no entanto, precaução às pessoas que vivem habitualmente com os doentes para que não durmam no mesmo espaço. Ainda que a caracterização da doença tenha se mostrado hoje incorreta, algumas das recomendações dos médicos da época poderiam funcionar no sentido de que a tuberculose, como doença transmitida através do ar, espalha-se em grandes aglomerações. Dadas as condições de habitação da população pobre de Campinas no período, é possível que esta doença tenha se espalhado vigorosamente nos cortiços e habitações precárias, principalmente da área urbana.

A Figura 19 revela a dinâmica e evolução da proporção de óbitos por doenças infecciosas desde o primeiro ano de funcionamento do hospital até 1900 e traz importantes revelações sobre o comportamento da mortalidade em um período anterior ao registro civil. Durante todo o período, as doenças infecciosas causadas pelo ar foram as maiores responsáveis pela morte dos trabalhadores. Não somente a tuberculose e seus vários tipos (especialmente a pulmonar, mas também vertebral, ganglionar, cutânea, etc.), como a bronquite, as pneumonias e broncopneumonias, doenças cujos fatores de risco envolvem hábitos como o consumo de álcool, mudanças bruscas de temperatura, clima seco e outras doenças mal cuidadas.

FIGURA 19 – Evolução da proporção de óbitos por doenças infecciosas – Santa Casa de Misericórdia, 1876–1900



Fonte: Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

Em período anterior às crises de febre amarela, destacamos em especial a influencia de grandes picos de mortalidade por doenças infecciosas transmitidas pelo ar no ano de 1881 e no ano de 1885. Esse pico de mortalidade creditado aos casos graves de pneumonia e lesões pulmonares decorrentes foi notado pelo Dr. Guilherme da Silva, responsável pelo relatório do movimento de enfermos do hospital.

Dentre as moléstias que mais vítimas fizeram, tornaram-se salientes as afecções do aparelho respiratório; mas devo notar que os doentes afetados delas entraram para o Hospital em estado adiantado de moléstia e prestes a uma terminação fatal. Foi, a bem dizer, a pneumonia que, desprezada em uns, incompletamente curado em outros, produzindo uma tísica-pneumônica ou despertando a tuberculose, foi ela, digo, a moléstia que levou para o Hospital maior número de doentes que faleceram em virtude de lesões pulmonares (IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE CAMPINAS, 1881, p. 12).

O impacto das doenças causadas por vetores é reduzido e atinge um pico com os atendimentos da epidemia de febre amarela de 1889, tendo ainda assim um peso relativo reduzido diante dos óbitos totais. Isso se deve ao fato de a Santa Casa não ter se dedicado ao atendimento da febre amarela nos demais anos de epidemias, encaminhando os casos para o Lazareto do Fundão. De maneira geral, o que se observa é uma maior volatilidade na proporção relativa dos diferentes tipos de doenças infecciosas até o ano de 1890. Desse ano em diante, as proporções se estabilizam sem grandes variações, mas as doenças causadas ou transmitidas pelo ar continuam como o grupo mais importante dentro das doenças infecciosas.

A Tabela 20 lista as dez principais doenças infecciosas que atingiram os pacientes da Santa Casa de Misericórdia de Campinas, em termos de frequência relativa dos casos, percentual de cura, melhora dos sintomas e óbitos. Essa pequena cesta de indicadores de mortalidade e morbidade nos permite esboçar um perfil mais completo das principais moléstias afetavam a vida dos trabalhadores no final do século XIX. A causa mais frequente das internações foi sem dúvidas a malária. Para ela, a cura com quinina era efetiva e vastamente conhecida, fator resultante de uma taxa de cura de 80% dos casos, somados a quase 9% de melhora dos sintomas. O livro de fórmulas para remédios confirma esse tratamento, que muito provavelmente também foi utilizado para tratar as “febre intermitentes” de maneira geral (IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE CAMPINAS, 1878).

Nº 7

Infusão de quina	200,0
Extrato mole de quina	4,0
Açúcar	15,0

Tomar um cálice de 2 em 2 horas.

A tuberculose pulmonar, por outro lado, era bastante frequente e não se curava na maioria dos casos. A taxa de mortalidade hospitalar por essa causas específica foi de 66 óbitos para cada 100 entradas, um valor extremamente elevado. Foram excluídas dessa estatística todas

TABELA 20 – Dez principais doenças infecciosas da Santa Casa de Misericórdia de Campinas com percentuais de cura, melhora e mortalidade hospitalar, 1876–1900

Doenças infecciosas	Entrada	Frequência	(%) Cura	(%) Melhora	(%) Óbitos
Malária	709	12,3	80,1	8,7	9,7
Tuberculose pulmonar	637	11,0	12,7	16,0	66,6
Sífilis	626	10,9	65,0	24,9	5,6
Pneumonia e broncopneumonia	328	5,7	45,7	9,8	41,5
Febre intermitente	251	4,4	70,1	18,3	9,2
Enterite e enterite crônica	247	4,3	47,0	9,7	42,1
Influenza	238	4,1	82,8	11,8	2,9
Disenteria	132	2,3	38,6	10,6	50,8
Diarreia	84	1,5	50,0	20,2	29,8
Hepatite	71	1,2	18,3	23,9	50,7
Total	5.767	100,0	–	–	–

Fonte: Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

as manifestações extrapulmonares da tuberculose, que se consideradas pioram ainda mais o quadro. Um dos principais sintomas da tuberculose são os “escarros de sangue”, e muito pouco se poderia fazer dado o conhecimento médico à época. Segundo o dicionário de Chernoviz (1890, p. v. 1, 1011), o tratamento de escarros de sangue envolvia a aplicação de ventosas e consumo de frutas cítricas. Aplicava-se o xarope diacódio (extrato de ópio) com ratanhia (*Krameria lap-pacea*). Caso os sintomas não fossem controlados, pouco se podia fazer: tomar sorvete, aplicar compressas ou fazer sangria – nessa altura já totalmente fora de moda.

Nº 10

Poção goma em infusão de Ratanhia af.
 Subnitrito de Bismuto 4,0
 Xarope de Diacódio 30,0

De hora em hora.

Além dessas doenças, vale ressaltar as relacionadas a má nutrição, precárias condições de vida e ausência de saneamento, como as diarreias, enterites e gastroenterites. A proporção de cura, nesses casos, variou conforme a doença. Enterites desencadearam óbitos em 42% dos casos, disenterias em 50% e diarreias em 30% dos casos. O tratamento nesses casos envolvia a prescrição de chás e infusões, opioides como o Elixir Paregórico (tintura de ópio), e extratos de noz vômica, uma planta venenosa da qual se extrai a estricnina. É possível que o uso desse extrato agravasse as enterites.

Nº 12

Infusão de camomila 200,0
 Tintura de nux vomica 12 gotas
 Elixir paregórico 4,0
 Xarope de aniz 30,0

Tomar um 1 cálix de hora em hora.

As doenças não infecciosas mais frequentes no hospital da Misericórdia foram os reumatismo, as úlceras dos membros inferiores, as lesões cardíacas, as contusões e feridas contusas. A Tabela 21 apresenta as dez principais doenças não infecciosas dos atendidos da Santa Casa, com suas respectivas taxas de óbito e de cura. Essas primeiras doenças, como argumentamos, estão relacionadas às condições de trabalho e esforço físico intenso. Tratam-se de moléstias que causavam incapacitação temporária ou permanente, mais do que óbitos propriamente. Um olhar para as doenças não infecciosas em um período de predominância de doenças infecciosas é sobretudo um olhar para a morbidade. No entanto, aqui aparecem as vantagens de utilizar a documentação hospitalar para revelar a saúde, a doença e a morte. Afecções que seriam desprezadas em uma análise de mortalidade proporcional a partir dos registros de óbito aqui ganham significado. Cada uma das principais doenças relacionadas ao trabalho, com exceção das lesões cardíacas que mataram em 70% dos casos, apresenta proporções de óbito de menos de 10%.

TABELA 21 – Dez principais doenças não infecciosas da Santa Casa de Misericórdia de Campinas com percentuais de cura, melhora e mortalidade hospitalar, 1876–1900

Doenças não infecciosas	Entradas	Frequência	(%) Cura	(%) Melhora	(%) Óbitos
Reumatismos	493	10,0	73,8	19,9	5,7
Úlcera da perna ou do pé	346	7,0	61,0	28,6	7,2
Lesões cardíacas	271	5,5	10,3	14,4	69,7
Contusões e feridas contusas	250	5,1	84,8	10,4	1,6
Congestão hepática	218	4,4	73,4	14,7	7,8
Cirrose hepática	157	3,2	11,5	29,9	55,4
Alcoolismo	142	2,9	45,1	16,2	31,7
Insuficiência cardíaca	134	2,7	20,9	25,4	51,5
Fraturas	110	2,2	68,2	11,8	20,0
Embaraço gástrico	104	2,1	87,5	5,8	1,9
Total	4.939	100,0	–	–	–

Fonte: Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

As doenças não infecciosas seguintes relacionam-se em sua maioria com maus hábitos de alimentação e problemas relacionados ao alcoolismo, que muito atingiu a população mais pobre da cidade. São exemplos desse tipo de moléstias o embaraço gástrico, alcoolismo, cirrose hepática alcoólica e a congestão hepática. Tais doenças revelam, ainda, fatores de risco que podem ser associados a outras doenças, estas infecciosas. Segundo Karasch (2000, p. 242), várias doenças do fígado estão intimamente relacionadas a febre intermitentes, hepatite e alcoolismo, e a opinião médica e popular associavam as queixas do fígado ao excesso de bebidas alcoólicas. O alcoolismo poderia influenciar a suscetibilidade de contrair doenças como a pneumonia e a broncopneumonia por meio de uma fragilidade no sistema imunológico. Da mesma forma, os

maus hábitos alimentares e de higiene seriam associados a uma maior exposição ao risco de outras enfermidades. Em geral, notamos que as doenças não infecciosas como problemas do fígado e do estômago debilitavam ainda mais a saúde, abrindo caminho às doenças infecciosas.

4.3 Escravidão e imigração: diferenciais de mortalidade

A abolição, a imigração e a urbanização foram processos elementares que ajudam a compreender as intensas transformações pelas quais passou a cidade de Campinas no final do século XIX. Uma ampla literatura sobre imigração e demografia da escravidão no Brasil apontaram para experiências diferenciadas entre os subgrupos da população, escravos e livres, brasileiros e estrangeiros. Entretanto, se por um lado os óbitos de Campinas revelaram um diferencial pronunciado na experiência de mortalidade do estrangeiro e do brasileiro, pouco podem mostrar sobre a escravidão, dado que a estruturação do registro civil é posterior à abolição. Também existem limitações em termos do estudo da morbidade, dado que o número de sobreviventes para cada uma das variadas causas de morte é desconhecido.

Nessa seção, exploramos os diferenciais de morbidade e mortalidade a partir dos registros hospitalares da Santa Casa de Misericórdia. A motivação principal para o estudo dos diferenciais envolve o objetivo de identificar os fatores envolvidos nas diferenças de comportamento da morbimortalidade entre duas populações distintas e, de acordo com o conceito de contextualização dos riscos associados ao diferenciais de mortalidade, compreender em quais situações distintos subgrupos da população eram submetidos a diferentes graus de exposição ao risco de morte.

A profissão/ocupação é a primeira candidata natural que testamos ao tentar encontrar diferenças no perfil de morbimortalidade. A Tabela 22 apresenta a proporção de indivíduos falecidos, curados ou que apresentaram alguma melhora no diagnóstico dos enfermos da Santa Casa de Misericórdia em um período de 24 anos, segundo grandes grupos ocupacionais. Primeiro, esses resultados sugerem uma particularidade do atendimento da Santa Casa de Misericórdia: poucos registros não foram classificados segundo sua ocupação, devido a uma menor participação de crianças e idosos como perfil dos atendidos do hospital.

De maneira geral, profissionais técnicos especializados são pouco representados e apresentam uma taxa de óbito levemente inferior aos trabalhadores de serviços, agropecuários e da produção de bens. No entanto, ao analisar as taxas de cura por grupos ocupacionais, observa-se que de fato, essa variável captura pouco das diferenças entre os atendidos. Isso se deve ao fato de que grupos relativamente heterogêneos da população desempenham a mesma atividade ocupacional, de forma que não é possível identificar diferenciais acentuados entre os grupos ocupacionais.

Ferrie (2003) utilizou os quesitos de mortalidade disponíveis nos Censos de 1850 e 1860 dos Estados Unidos para estudar os diferenciais de mortalidade entre a população com baixo *status* socioeconômico *vis-à-vis* alto *status* socioeconômico. O autor identifica uma re-

TABELA 22 – Proporção de óbitos e curas dos atendidos na Santa Casa de Misericórdia de Campinas por grandes grupos ocupacionais, 1876-1900

Grupos ocupacionais	Entradas	% Óbitos	% Cura	% Melhora
Profissionais técnicos e especializados	82	18,3	51,2	20,7
Administradores e gerência	42	14,3	66,7	14,3
Serviços administrativos	114	15,8	64,0	14,0
Vendedores e comércio	99	20,2	39,4	29,3
Trabalhadores dos serviços	3.428	24,4	51,9	18,0
Agropecuários	2.007	20,4	60,3	15,5
Produção de bens, transporte e outros	2.053	16,0	56,7	21,0
Trabalhadores sem especialização	5.941	20,9	54,0	20,6
Não classificáveis por sua ocupação	585	67,2	88,5	50,3
Total	14.351	–	–	–

Fonte: Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

lação persistente entre *status* econômico e taxas de mortalidade mais elevadas experimentadas no século XIX. Entretanto, também observa que as ocupações são uma aproximação pobre para o *status* socioeconômico, utilizando perguntas relacionadas a renda e riqueza. Em Campinas, escravos, livres, brasileiros e estrangeiros foram encontrados em atividades de supervisão, em raros casos, mas também em várias especialidades e serviços. Dessa forma, para revelar a verdadeira dimensão das diferenças de mortalidade e morbidade, ao menos para a população de Campinas no século XIX, outras variáveis devem ser trazidas para análise.

Muito embora não seja significativo o diferencial de mortalidade entre as diversas profissões, acredita-se que o fator fundamental de desigualdade em saúde tenha sido principalmente refletido na condição jurídica e na nacionalidade. Nossa proposta de aplicação da Teoria de Causas Fundamentais (TCF) nos chama a atenção para os diferenciais de acesso à saúde e mortalidade por causas a partir da compreensão de que diferenças no status socioeconômico de dois subgrupos da população afetam a mortalidade por meio de desigualdades na distribuição de recursos.

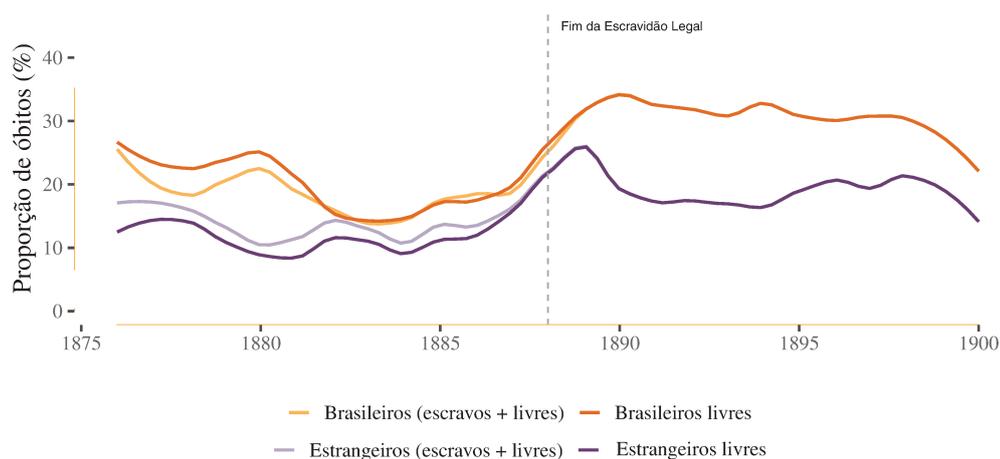
Duas particularidades trazidas pelas contribuições da Demografia Histórica brasileira merecem ser retomadas neste cenário: os três séculos de escravidão no Brasil complexificaram as “categorias de diferenças”, isto é, outras variáveis que não a profissão são importantes para definir o *status* numa sociedade escravista; tornando-se o polo atrator de um grande fluxo de imigrantes europeus no final do século XIX, o país adicionará à massa de trabalhadores uma série de indivíduos que, muito embora sejam em sua maioria pobres excluídos pela doença ou pela miséria tanto quanto os nacionais, guardam um conjunto enorme de características individuais e dos diferentes países de origem que podem influenciar os resultados em mortalidade e saúde.

Mostramos ao longo deste capítulo que o hospital atendeu número significativo de escravos em suas dependências, em torno de 30% dos atendimentos totais entre 1876 e 1888, mediante pagamento da estadia por seus proprietários, muitos desses membros e doadores da própria Irmandade. Dessa maneira, podemos investigar os diferenciais de mortalidade em duas dimensões fundamentais da sociedade brasileira do século XIX: nacionalidade (brasileiros *versus* estrangeiros) e condição jurídica (escravos *versus* livres).

A Figura 20 apresenta os diferenciais de mortalidade no hospital da Misericórdia entre brasileiros e estrangeiros, livres e escravos. Primeiro, observando os níveis, constatamos que os estrangeiros livres são o subgrupo da população com a mortalidade mais reduzida. As curvas da população escravizada e livre, como se espera, convergem no tempo à medida que a população escravizada sofre decremento por meio da conquista da liberdade. Nota-se, inclusive, uma pequena diferença entre as curvas de brasileiros (escravos + livres) e brasileiros livres após a linha tracejada que representa o fim da escravidão legal, caracterizando uma “inércia” dos pacientes que provavelmente entraram escravizados e saíram já considerados livres no limiar da escravidão.

A população estrangeira escravizada foi representada pelos africanos vindos em período anterior ao fim do tráfico inter-atlântico, portanto, sendo um grupo mais exposto ao risco de morte. Em contraste, a população escravizada nascida no Brasil muito pouco se diferenciou do perfil dos brasileiros livres, tendo, inclusive, nos primeiros anos de atendimento do hospital, mortalidade inferior em relação aos livres.

FIGURA 20 – Proporção de óbitos por condição de liberdade e nacionalidade dos atendidos pela Santa Casa de Misericórdia, 1876–1900



Fonte: Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

Por meio de algumas evidências sobre a distribuição da morbidade por causas em subgrupos da população, é possível esboçar características da morbimortalidade diferencial entre esses grupos. A Tabela 23 mostra que as doenças que mais afetaram a população escravizada que procurou auxílio na Santa Casa de Misericórdia são concentradas no grupo das doenças

infecciosas, sobretudo das transmitidas pelo ar, mas também as transmitidas por vetores, como a malária. Enquanto as doenças infecciosas representaram 38% das entradas de brasileiros livres e 35% das entradas de estrangeiros livres, elas chegaram a compor 59% das entradas de toda a população escravizada. Há que se observar, no entanto, que os registros durante o período em que vigorou a escravidão legal possuem uma maior cobertura em termos de declaração de causas de morte. As causas mal definidas ou desconhecidas representam somente 3,5% dos registros de pacientes escravizados.

TABELA 23 – Atendidos da Santa Casa de Misericórdia por condição jurídica, nacionalidade e grupos de doenças e causas de morte, 1876–1900

Doenças	Escravos	(%)	Brasileiros	(%)	Estrangeiros	(%)
<i>Doenças Infecciosas</i>	1.181	59,4	2.427	38,3	2.156	35,7
Transmitidas por Água e Alimentos	146	7,3	270	4,3	294	4,9
Transmitidas pelo Ar	397	20,0	974	15,4	576	9,5
Transmitidas por Vetores	355	17,9	362	5,7	558	9,3
Outras Infecciosas	283	14,2	821	13,0	728	12,1
<i>Doenças Não Infecciosas</i>	736	37,0	2.234	35,3	1.969	32,6
Carenciais	34	1,7	44	0,7	47	0,8
Metabólicas	5	0,3	59	0,9	86	1,4
Endócrinas e intoxicações	2	0,1	8	0,1	4	0,1
Cerebrovasculares	15	0,8	54	0,9	37	0,6
Sistema Nervoso	52	2,6	168	2,7	136	2,3
Sistema Circulatório	130	6,5	352	5,6	192	3,2
Sistema Respiratório	18	0,9	42	0,7	28	0,5
Sistema Digestivo	138	6,9	299	4,7	254	4,2
Sistema Geniturinário	57	2,9	97	1,5	86	1,4
Pele e Sistema Locomotor	147	7,4	505	8,0	508	8,4
Patologia Perinatal	9	0,5	15	0,2	3	0,0
Vícios de Conformação	2	0,1	2	0,0	1	0,0
Câncer e tumores	30	1,5	65	1,0	53	0,9
Causas externas	97	4,9	524	8,3	534	8,9
<i>Doenças mal definidas ou desconhecidas</i>	70	3,5	1.670	26,4	1.907	31,6
Total	1.987	100,0	6.331	100,0	6.032	100,0

Fonte: Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

Entre as doenças não infecciosas que atingiram a população escravizada estão as doenças da pele e do sistema locomotor, sobretudo as úlceras da perna e do pé e os sintomas da sífilis. Em seguida, as doenças do sistema circulatório, representadas pelas lesões cardíacas e as causas externas, com uma quantidade considerável de lesões de membros superiores e inferiores. Enquanto pelo lado das doenças infecciosas predominaram aquelas ligadas a condições de moradia e higiene, pelo lado das doenças não infecciosas predominaram as doenças associadas a condições de trabalho, acidentes, lesões decorrentes de grande quantidade de esforço e trabalho.

No tocante à população brasileira livre que acessou o hospital, observa-se uma representatividade também considerável das doenças infecciosas transmitidas pelo ar, como tuberculose, e um peso mais reduzido das doenças transmitidas por vetores. Esse resultado, no entanto, pode estar subestimando a influência desse grupo de doenças entre os brasileiros, em virtude dos problemas nos registros. Para a população brasileira em geral, os dados do registro civil revelam uma mortalidade com distribuição equilibrada entre os diversos grupos de doenças infecciosas.

A população estrangeira livre que buscou auxílio da Santa Casa sofreu com as doenças transmitidas pelo ar e por vetores, muito devido às dificuldades relacionadas à aclimação, isto é, adaptação ao novo clima e exposição a doenças novas das quais muitas vezes não tinham contato anterior. Como observaram Bassanezi e Cunha (2019, p. 14):

Os surtos de febre amarela em Campinas aconteceram no auge do movimento imigratório internacional em direção ao estado de São Paulo. Em consequência, os estrangeiros foram as grandes vítimas, vários dos quais haviam adquirido a doença já no porto de Santos ou na Hospedaria de Imigrantes em São Paulo.

Além do mais, as doenças não infecciosas mais comuns estiveram relacionadas a causas externas, em acidentes como esmagamentos de membros e fraturas, bem como de doenças de pele e do aparelho locomotor, como as úlceras e reumatismos que estavam relacionadas também a condições duras de trabalho.

Ainda que o esforço classificatório das ocupações de escravos e livres, brasileiros e estrangeiros tenha parecido inócuo no sentido de que não podem ser notados diferenciais significativos por *status* socioeconômico, esse exercício nos revelou que a população escravizada desenvolveu todo e qualquer tipo de atividade nessa sociedade – muito embora não gozassem da liberdade como condição jurídica – o que os aproxima da população livre pobre muito mais do que se poderia esperar. Não argumentamos de maneira alguma que diferenciais reduzidos entre a mortalidade de escravizados e livres tenham sido a tradução de um regime que tratou “melhor” ou “pior” sua população escravizada. Como ressalta Klein (2012, p. 99), “a escravidão foi torpe e brutal em todas as sociedades”, e o trabalho arrancado de todos os escravos em toda parte foi duro e muito mais exigente do que se exigiu de trabalhadores assalariados livres.

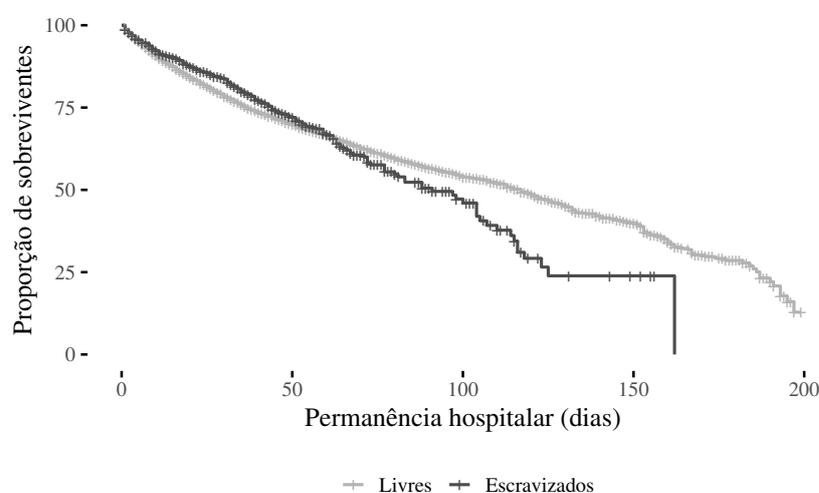
Nesse sentido, não somente o *status* socioeconômico emerge como causa fundamental de desigualdades em saúde, como também, de maneira relativamente independente, a discriminação racial e o estigma expressos na escravidão também poderiam ser entendidos como uma causa fundamental, à medida que as desigualdades entre escravizados e livres dependeriam de um diferencial de acesso a recursos como o próprio *status* jurídico de liberdade³⁷.

Mas, afinal, quanto das diferenças de mortalidade se devem às diferenças de condição jurídica? Em uma primeira abordagem para revelar os diferenciais de mortalidade entre a

³⁷ Para uma discussão sobre o racismo como uma causa fundamental de desigualdades em saúde independente do *status* socioeconômico e para a ideia da liberdade como um recurso importante para diferenciais em saúde, ver Phelan e Link (2015).

população escravizada e livre utilizando as informações de permanência hospitalar retiradas dos registros da Santa Casa de Misericórdia, podemos acompanhar cada indivíduo escravizado ou livre, traçando as curvas de sobrevivência observadas entre os dois subgrupos da população em termos de dias de atendimento no hospital. Uma das formas de realizar esse procedimento é por meio das chamadas *curvas de Kaplan-Meier*, um método amplamente utilizado em estudos de epidemiologia para analisar a influência de diversos fatores de risco associados à mortalidade através do acompanhamento de uma coorte de entrada³⁸.

FIGURA 21 – Curvas de sobrevivência para a população livre e escravizada atendida na Santa Casa de Misericórdia, 1876–1900



Fonte: Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

A partir da curva de sobrevivência, observamos que a população escravizada em geral apresentou um nível de sobrevivência mais elevado que a população livre até os primeiros 50 dias de atendimento. Por outro lado, indivíduos da população livre sobreviveram em internações mais longas. Esse resultado sugere que a condição jurídica é uma variável significativa sobre a sobrevivência e mortalidade hospitalar, com a população escravizada em desvantagem com relação à livre. Para controlar os efeitos das demais variáveis demográficas como sexo, idade e estado conjugal, realizamos um exercício de decomposição das diferenças na proporção de óbitos entre subgrupos da população, avançando portanto em uma segunda abordagem do problema.

Não foi possível encontrar evidências de tratamento médico desigual dentro das enfermarias entre a população escravizada e livre. A partir do discurso presente no Relatório dos Provedores, acreditava-se que uma vez admitidos, escravos e livres passavam pelo mesmo tipo de tratamento nas enfermarias. As Fórmulas para Remédios também não mostram evidências de tratamento médico diferenciado entre escravos e livres.

³⁸ Para mais detalhes dos objetivos da aplicação do método de Kaplan-Meier, ver Gordis (2014, p. 126).

Nem a condição de escravo sofre dentro dessas paredes distinção de tratamento, achando tudo comum com os demais que lá fora se extremam por livres. Como na sagrada mesa, comungam todos igualmente aqui nos benefícios da caridade (IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE CAMPINAS, 1883, p. 11).

Apesar desse discurso, entre 1876 e 1888, 18,3% da população escravizada atendida pela Santa Casa veio a óbito contra 15,7% da população livre em média, o que resulta em um diferencial de mortalidade de 2,6 pontos percentuais entre as duas subpopulações. A Tabela 24 revela os resultados do método de decomposição do diferencial de mortalidade em pontos percentuais. Sinais negativos em cada variável indicam sentido de diminuição do diferencial de mortalidade, enquanto sinais positivos indicam efeito agravante no diferencial. A partir desse resultado, identificamos que o efeito composição é responsável por explicar 28,3% do diferencial entre a população escravizada e livre.

TABELA 24 – Decomposição do diferencial de mortalidade entre escravos e livres controlado por sexo, idade, estado conjugal, doenças e variações temporais de período. Santa Casa de Misericórdia de Campinas, 1876–1888

Variáveis	Efeito Composição		Efeito Coeficiente		Efeito Total	
	Estimativa	Diferença (%)	Estimativa	Diferença (%)	Total	(%)
Sexo	0,30	11,5	2,35***	89,2	2,65	100,7
Idade	0,02	0,9	-1,79	-67,8	-1,76	-66,9
Estado conjugal	0,32	12,2	0,27	10,2	0,59	22,4
Perfil de morbimortalidade	0,26**	9,9	-0,81	-30,9	-0,55	-21,1
Mês de admissão	-0,11	-4,3	0,04	1,3	-0,08	-3,0
Ano de admissão	-0,05	-1,8	0,43	16,2	0,38	14,4
Intercepto			1,41	53,5	1,41	53,5
Diferencial de Mortalidade	0,75**	28,3	1,89*	71,7	2,63	100,0

Fonte: Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

Nota: ***, ** e * denotam significância estatística de 1%, 5% e 10%, respectivamente. Diferencial de mortalidade entre escravos (N = 1.870, Mortalidade = 18,3%) e livres (N = 4.004, Mortalidade = 15,7%). Valores negativos indicam fatores que atenuam o diferencial, enquanto valores positivos indicam fatores que contribuem o diferencial em pontos percentuais da diferença. Decomposição operacionalizada por meio da rotina criada por Jann (2008).

A diferença de composição mais significativa entre as duas populações foi a do balanço entre doenças infecciosas e não infecciosas. Como a população escravizada apresentou uma maior morbidade por doenças infecciosas, uma parte pequena do diferencial de mortalidade se deve a essa maior exposição ao risco. Descontadas as diferenças nas características observadas entre as duas populações, 71,7% do diferencial de mortalidade permaneceria. Mulheres livres apresentaram uma mortalidade ainda mais elevada que as mulheres escravizadas no hospital. Grande parte dessas mulheres foram solteiras, o que nos revela uma ausência de relações de solidariedade e de acesso à saúde, de forma que essas mulheres livres poderiam não possuir outra escolha senão contar com os serviços da caridade.

Figueiredo (2008, p. 109–110) afirma que no Brasil do século XIX as mulheres, em especial as solteiras, viviam uma espécie de isolamento. Existiu uma proibição moral do contato técnico de médicos homens com pacientes mulheres, de modo que o hospital era provavelmente procurado em último caso, depois do primeiro auxílio de uma parteira ou de uma curandeira. Read (2012, p. 134), que analisou a sub-representação feminina nos registros da Santa Casa de Santos, também identificou essa visão comum de que o hospital era um lugar masculino, pouco adequado para mulheres. Segundo Pôrto (2006, p. 1023), as mulheres, sobretudo as escravizadas, contavam com um sistema de assistência e saúde próprio que incluía curandeiras, parteiras e sangradores – que muitas vezes também foi utilizado pelos livres.

Para Barreto e Pimenta (2013), as enfermarias inspiravam certa desconfiança, de modo que as mulheres preferiam o diagnóstico realizado por outras mulheres. A Santa Casa da Bahia oitocentista foi procurada especialmente por mulheres pobres, escravizadas e desvalidas, que não tinham condições sequer de atendimento na esfera privada.

Apesar de um diferencial reduzido entre a mortalidade da população escravizada e livre, é possível notar uma relativa persistência dessas diferenças ainda que controladas todas as características observadas. Em outras palavras, diferenciais de mortalidade persistem mesmo para escravos e livres submetidos a tratamentos no ambiente hospitalar como o da Santa Casa e a despeito das diferenças nas características serem responsáveis por uma parcela desse diferencial. Argumentamos ser isso o resultado de uma diferença no acesso a um recurso absolutamente importante na sociedade escravista: a condição jurídica de liberdade. Ser escravo nessa sociedade, ainda que significasse haver um incentivo econômico claro em um bom tratamento e na manutenção de condições de alimentação e higiene desse tipo de mão de obra, traduziu-se na maior parte das vezes em condições desvantajosas em comparação aos livres. A vida em cativeiro foi sujeita à exposição a maiores riscos, trabalho intenso, exposição ao sol, nutrição insuficiente, castigos físicos e sem liberdade de escolha sobre suas próprias vidas.

Um indivíduo escravizado que desenvolveu atividades de supervisão ou altamente especializadas, por exemplo, não enfrentou o mesmo conjunto de possibilidades que um trabalhador livre alocado em atividades manuais não especializadas, e portanto, ainda assim poderia ter experimentado a doença e a morte de uma forma mais severa³⁹. Conforme Engerman (2003), existiu uma distinção nas sociedades escravistas entre *status* jurídico e econômico. Em alguns casos, muitos trabalhadores livres tinham jornadas de trabalho mais intensas que aqueles escravizados. Sob certas circunstâncias, escravos poderiam possuir uma vida material superior a de trabalhadores livres, mas a liberdade se mostrou um recurso decisivo nessa sociedade, de tal forma que se traduziu em diferenças de mortalidade significativas.

Por fim, devemos destacar que uma das maiores fontes de diferenças de mortalidade entre escravos e livres aparece subrepresentada na Santa Casa. A mortalidade infantil era

³⁹ Sen (2010) cita a abolição da escravidão como uma forma de expansão das liberdades que foi fundamental para um maior desenvolvimento da população mundial em termos de bem-estar no século XIX. Como nos versos de William Cowper, com os quais o autor encerra o livro *Desenvolvimento como liberdade: Freedom has a thousand charms to show/ That slaves, however contented, never know*.

elevada entre indivíduos livres, mas foi particularmente intensa nos escravizados. Dietas desequilibradas, com baixa quantidade de proteínas compunham um ciclo vicioso que conduzia a deficiências de cálcio, magnésio e vitamina D, que causavam convulsões, tétano neonatal e problemas de dentição (KIPLE; KIPLE, 1977). Mais que isso, algumas doenças nutricionais poderiam estar subnotificadas tanto na Santa Casa quanto nos óbitos do Registro Civil, oculta na forma de diversos sintomas e com erros de diagnóstico da *causa mortis*.

O beribéri foi responsável por grande parte das mortes infantis de escravos no século XIX devido a uma dieta limitada em vitamina B1 ou pela amamentação a partir de uma mãe com essa deficiência, que recai em maior peso nos escravos do que nos livres. Muitas vezes, as doenças que mais matavam crianças vinham em rubricas como “desarranjos intestinais”, tétano, marasmo, hepatite ou tuberculose mesentérica (KIPLE, 1989, p. 689).

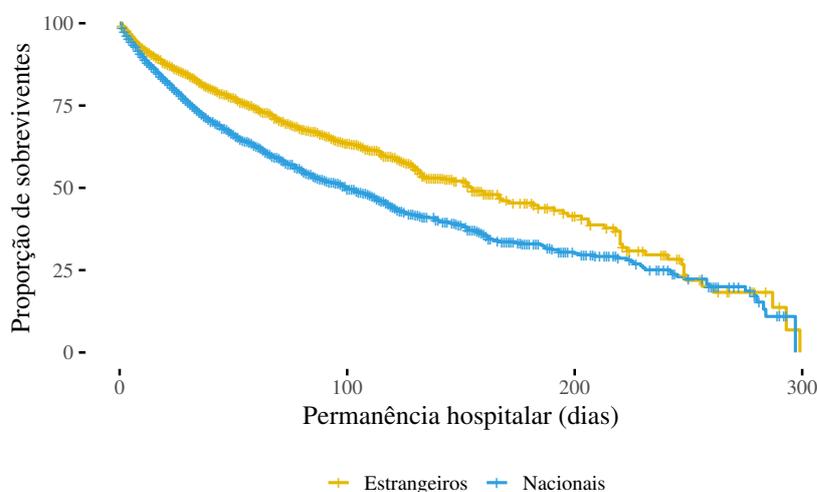
O beribéri infantil tem diversos sintomas que poderiam ser confundidos com essas doenças, e é difícil crer que não fosse responsável por grande número de mortes de crianças. Vômitos e diarreias severas poderiam facilmente ser consideradas doenças gastrointestinais, bronquite também era presente em casos de beribéri infantil e o aspecto pálido peculiar de uma retenção de urina poderia ser confundido com sinais da hepatite. Além do mais, a tuberculose mesentérica é de difícil diagnóstico em crianças (KIPLE, 1989, p. 689).

Essas diferenças, contrastes e dilemas continuaram a existir após a abolição da escravidão. Mas é a partir desse momento que uma massa de pessoas egressas da condição de escravizadas, com pouco além de sua liberdade, compõem os grupos da população de brasileiros ou estrangeiros livres, os quais analisaremos agora. Principalmente a partir do último quarto do século XIX, o aumento do número de libertos se fixando na cidade e, por fim, a abolição e o crescimento da imigração trouxe problemas de moradia e preocupação às autoridades sanitárias. Essa população se concentrará no núcleo urbano e dividirá espaço em cortiços e moradias com condições precárias de higiene e será vítima das demolições para “sanear a cidade” (MARTINS, 2015, p. 518).

Os imigrantes ocuparam um espaço considerável entre os pobres de Campinas, em especial na última década do século XIX, período da história da população brasileira conhecido como das “grandes migrações do século XIX”, que provocou transformações profundas na estrutura, dinâmica do crescimento, composição e repertório cultural da população brasileira e em sua economia. Em sua contribuição à história da pobreza no Brasil, Lapa (2008, p. 71) revela que os imigrantes estavam inseridos na sociedade campineira nas mais variadas atividades e situações, sendo recebidos na Hospedaria de Imigrantes, tornando-se clientes de instituições como a Santa Casa, sendo abrigados pelas instituições de assistência ou recolhidos pelas autoridades policiais em condições miseráveis.

A partir da análise das curvas de sobrevivência, observamos que a população brasileira apresentou um nível mais reduzido que a população estrangeira ao longo do tempo, sugerindo que a nacionalidade foi uma variável significativa em termos de exposição diferencial a riscos, com a população estrangeira em vantagem com relação à população nacional.

FIGURA 22 – Curvas de sobrevivência para brasileiros e estrangeiros atendidos na Santa Casa de Misericórdia, 1876–1900



Fonte: Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

Como se comportaram os diferenciais de mortalidade entre brasileiros e estrangeiros quando controlados os efeitos de idade, sexo, estado conjugal e perfil de doenças? Entre os anos de 1876 e 1889, a mortalidade hospitalar média de brasileiros livres foi da ordem de 19,8% dos atendimentos, enquanto a dos estrangeiros livres foi de 12,1%, uma diferença de 7,7 pontos percentuais. Essa diferença de mortalidade é levemente mais baixa em comparação às estimativas anteriores utilizando somente as informações do período entre 1876 e 1885, cujo resultado era uma diferença de 8,9 pontos percentuais (ALBINO; MARCONDES, 2018, p. 404). Ambos os resultados, por outro lado, são convergentes no sentido de demonstrar um amplo diferencial de mortalidade entre brasileiros e estrangeiros.

A Tabela 25 apresenta a decomposição do diferencial de mortalidade em termos agregados e específicos para cada variável explicativa do modelo. Sinais negativos nas estimativas têm efeito atenuante, enquanto sinais positivos têm efeito agravante no diferencial entre brasileiros e estrangeiros. Ao observar as estimativas agregados, identificamos que em média 28,4% da diferença observada entre brasileiros e estrangeiros livres se deve a um efeito composição. Em outras palavras, controlado pelas diferenças de composição entre esses dois subgrupos da população, o diferencial de mortalidade se reduziria em 28%, sendo estimado, na média, em 5,5 pontos percentuais. Esse resultado converge às estimativas anteriores, que indicavam um efeito composição de 26,7%.

Os efeitos composicionais de idade e de sexo, perfil de morbimortalidade e mês de admissão mostram-se significativos para explicar as diferenças de mortalidade entre esses grupos. Isso sugere que parte das diferenças de mortalidade entre brasileiros e estrangeiros livres para um período anterior ao fim da escravidão legal podem ser explicadas por diferenças nas características entre essas duas subpopulações. Todavia, essa é uma parte pequena da explicação

TABELA 25 – Decomposição do diferencial de mortalidade entre brasileiros e estrangeiros livres. Santa Casa de Misericórdia de Campinas, 1876–1888

Variáveis	Efeito Composição		Efeito Coeficiente		Efeito Total	
	Estimativa	Diferença (%)	Estimativa	Diferença (%)	Total	(%)
Sexo	3,05***	39,6	-1,74*	-22,6	1,31	16,9
Idade	-0,82***	-10,7	3,99***	51,8	3,17	41,2
Estado conjugal	0,01	0,1	0,05	0,6	0,06	0,7
Perfil de morbimortalidade	-0,08***	-1,1	-0,02	-0,2	-0,10	-1,3
Mês de admissão	-0,13***	-1,6	-0,07	-0,9	-0,19	-2,5
Ano de admissão	0,16	2,0	0,15	2,0	0,31	4,0
Intercepto			3,15	40,9	3,15	40,9
Diferencial de mortalidade	2,18***	28,4	5,52***	71,6	7,70	100,0

Fonte: Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

Nota: ***, ** e * denotam significância estatística de 1%, 5% e 10%, respectivamente. Diferencial de mortalidade entre brasileiros (N = 1.879, Mortalidade = 19,8%) e estrangeiros (N = 2.125, Mortalidade = 12,1%). Valores negativos indicam fatores que atenuam o diferencial, enquanto valores positivos indicam fatores que contribuem para o diferencial em pontos percentuais da diferença. Decomposição operacionalizada por meio da rotina criada por Jann (2008).

da mortalidade diferencial. Na ausência de diferenças na distribuição por sexo, cerca de 3,05 pontos percentuais da mortalidade diferencial seriam eliminados.

As diferenças nas probabilidades de morte atribuídas a essas características respondem a 71% do diferencial observado na proporção de óbitos entre brasileiros e estrangeiros. Ainda que as duas subpopulações apresentassem a mesma distribuição por idade, sexo, estado conjugal, variação temporal e sazonal ao óbito e proporção de casos de doenças infecciosas, a maior parte da diferença ainda seria notada. As estimativas de decomposição sugerem que isso se deve a um efeito não observado que levou a uma mortalidade adulta bem mais reduzida entre os estrangeiros do hospital quando comparados aos brasileiros. Ainda que levássemos em consideração a mortalidade infantil elevada e a evidência de que muitos filhos de estrangeiros nascidos no Brasil estão representados como brasileiros, as maiores chances de estrangeiros saírem vivos do hospital são um fator que explicam isoladamente mais da metade da mortalidade diferencial.

O Relatório dos Provedores do ano de 1881 indicou que a população livre em geral chegava em condições graves, somente depois de esgotadas as alternativas de tratamento. Como destaca Xavier (2003, p. 335), na cidade e no interior de muitas fazendas em Campinas, os moradores faziam uso de práticas domésticas variadas que podiam incluir o emprego das mais variadas plantas e drogas. O Relatório dos Provedores de 1883 sugere que essa prática menos disseminada entre os estrangeiros, enquanto o hábito de procurar o hospital se enraizaria mais lentamente na população nacional:

Conforme acontecia nos primitivos hospitais, é ainda concorrido de preferência por estrangeiros e filhos de lugares distantes, que, vindo prestar seu braço ao

trabalho, sucede-lhes desfalecerem pelo cansaço e caírem pela enfermidade (IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE CAMPINAS, 1883, p. 14).

Uma explicação para a mortalidade reduzida de estrangeiros neste hospital emerge das considerações feitas pelos médicos da Santa Casa de que o estrangeiro, apesar de enfrentar dificuldades na obtenção de documentos necessários para admissão, procurou os cuidados do hospital em estados menos graves, encaminhando-se a ele com os mínimos sinais de moléstia. Os nacionais, por outro lado, procuravam a Santa Casa em casos nos quais muito pouco se poderia fazer em termos de tratamento médico.

O estrangeiro conhece o hospital e sabe-lhe o valor; encontrou-o sempre em todos os sofrimentos físicos – colhendo-lhe os benefícios que lhe podia dar; não pergunta a ninguém se lá se morre, porque sabe que mais riscos correrá abandonado, vítima ao mesmo tempo da moléstia e da miséria, e ao sentir-se doentes procura-o, como abrigo da pobreza e socorro da ciência (PROVEDORES, 1877, p. 44).

Apesar desse discurso, não há evidências suficientes para crer que os estrangeiros preferiam os hospitais. Pelo contrário, brasileiros e estrangeiros, ex-escravos e até padres curavam doenças com rezas e remédios caseiros. Segundo Telarolli Júnior (1997, p. 11), a homeopatia foi muito utilizada tanto por médicos quanto por práticos, na zona urbana e na zona rural. Diversos práticos a serviço das “artes de curar” gozavam de grande respeitabilidade: barbeiros e cirurgiões, parteiras, curandeiros, dentistas, boticários, homeopatas e charlatões circulavam pela cidade e pelas fazendas oferecendo seus serviços.

As fronteiras entre médicos e outros curadores era tênue. Xavier (2003) ilustra esse aspecto com o curioso caso em que o Dr. Ricardo Gumbleton Daunt, médico reconhecido por sua intensa luta contra os “charlatães” da cura, enviar seus pacientes para se consultarem com um renomado curador da Campinas oitocentista: Tito de Camargo Andrade, ex-escravo de Floriano de Camargo Andrade, conhecido como Mestre Tito. Existiam motivos para a popularidade desses curadores:

Os curandeiros eram mais competentes em aproximar suas curas das crenças de seus pacientes. A população de Campinas era católica, atribuía as doenças a forças divinas e a Santa Casa havia sido fundada por um padre, que além do corpo, deveria cuidar da alma de seus pacientes. Medicina, magia e religião eram indissociáveis (XAVIER, 2003, p. 345).

A Tabela 26 apresenta os resultados do exercício de decomposição da mortalidade diferencial entre brasileiros e estrangeiros para o período de 1895 a 1900 em termos agregados e específicos de cada variável. Novamente, resultados positivos representam um efeito agravante do diferencial e estimativas com sinal negativo apresentam efeito atenuante. Nesse sentido, é possível observar que os diferenciais de mortalidade entre brasileiros e estrangeiros se ampliaram ao longo do tempo, com parte da população escravizada incluída ao contingente de brasileiros livres e outra parte, bem menos significativa, da população escravizada africana sendo incorporada aos estrangeiros livres. Os diferenciais de mortalidade na última década do século XIX

foram estimados em 9,9 pontos percentuais na Santa Casa de Misericórdia. Enquanto a mortalidade hospitalar de brasileiros foi de 29,5% das entradas, a mortalidade de estrangeiros foi de 19,6% dos casos, um percentual já bastante elevado em comparação com outros hospitais semelhantes, mas reduzido quando comparada à elevada mortalidade de brasileiros.

TABELA 26 – Decomposição do diferencial de mortalidade entre brasileiros e estrangeiros livres na Santa Casa de Misericórdia de Campinas, 1895–1900

Variáveis	Efeito Composição		Efeito Coeficiente		Efeito Total	
	Estimativa	Diferença (%)	Estimativa	Diferença (%)	Total	(%)
Sexo	1,04***	10,5	1,53	15,4	2,57	25,9
Idade	-1,01***	-10,1	1,31	13,2	0,30	3,1
Estado conjugal	-0,31**	-3,1	-0,09	-0,9	-0,40	-4,0
Perfil de morbimortalidade	-0,01	-0,1	-9,98*	-100,6	-9,99	-100,6
Mês de admissão	0,00	0,0	-0,02	-0,2	-0,02	-0,2
Ano de admissão	-0,74**	-7,5	0,06	0,7	-0,68	-6,8
Intercepto			21,19***	213,5	21,19	213,5
Diferencial de mortalidade	-1,02**	-10,3	10,94***	110,3	9,93	100,0

Fonte: Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

Nota: ***, ** e * denotam significância estatística de 1%, 5% e 10%, respectivamente. Diferencial de mortalidade entre brasileiros (N = 2.134, Mortalidade = 29,5%) e estrangeiros (N = 1.633, Mortalidade = 19,6%). Valores negativos indicam fatores que atenuam o diferencial, enquanto valores positivos indicam fatores que contribuem o diferencial em pontos percentuais da diferença. Decomposição operacionalizada por meio da rotina criada por Jann (2008).

O efeito composição, nesse caso, apresentou um valor negativo, indicando que as características como sexo, idade e estado conjugal favoreceram um diferencial menos elevado. Na ausência de diferenças na distribuição por sexo, idade e estado conjugal, o diferencial de mortalidade estimado seria 10,3% maior do que o observado. O único efeito de composição que apresentou valor positivo foi de efeito-sexo. Como a população estrangeira apresentou uma proporção de homens mais elevada que a de brasileiros e uma proporção alta de mulheres foi associada a uma mortalidade mais elevada, os brasileiros levaram desvantagem em termos de mortalidade. Por outro lado, estrangeiros apresentaram uma proporção de idosos mais elevada que os brasileiros – muito devido à incorporação da população africana egressa da escravidão – o que esteve associado a uma mortalidade mais elevada desse segmento.

A parte não explicada pelas diferenças nas características jogou o papel mais importante na explicação da mortalidade diferencial entre brasileiros e estrangeiros na última década do século XIX. Dois principais fatores foram responsáveis por esse resultado. O primeiro está relacionado ao perfil de morbimortalidade da população estrangeira: apesar das diferenças de mortalidade por doenças infecciosas não serem significativas entre as duas populações, em termos de morbidade a população estrangeira sofreu mais com as doenças infecciosas. Portanto, é possível argumentar que na ausência de todos os outros efeitos, o diferencial de mortalidade entre brasileiros e estrangeiros tenderia a ser reduzido quase que totalmente devido à força da

morbidade relacionada às doenças infecciosas na população estrangeira.

Chamamos atenção para o resultado da Tabela 26 que indica o efeito “Intercepto”. Trata-se do efeito residual das variações da mortalidade que não podem ser explicadas por nenhuma das variáveis observadas. Esse resultado sugere que algum outro fator não observado foi responsável pelo resultado da mortalidade observada. Muito provavelmente, o próprio perfil dos estrangeiros que frequentaram o hospital se diferenciava de tal forma dos brasileiros (e dos estrangeiros do município no geral) que os diferenciais de mortalidade persistiriam ainda que se tratassem de populações com as mesmas características observadas e mesmas probabilidades de morte associadas a essas características.

Isso indica que o diferencial de mortalidade pode ser explicado pelo perfil específico de estrangeiros que acessaram o hospital. Ainda que não seja possível determinar a fonte dessa diferença entre as duas populações, podemos elaborar algumas hipóteses para esse resultado. Tratar-se-ia de um caso de “sobrevivência dos mais fortes”? Qual contexto levou a um menor risco de morte hospitalar do imigrante na Santa Casa?

A migração é uma prova de sobrevivência. Os problemas de saúde do imigrante começavam na viagem e com o desembarque no porto, onde uma multidão de homens e mulheres deviam ser encaminhados para a Hospedaria de Imigrantes em São Paulo para depois chegarem ao interior para trabalhar nas fazendas de café. No percurso, a intensa circulação desses indivíduos propiciava a propagação de doenças contraídas no Brasil ou vindas da Europa. Além disso, o ajuntamento de imigrantes nas fazendas também propiciava a comunicação de doenças (TELAROLLI JÚNIOR, 1997, p. 3).

Também a adaptação à alimentação no Brasil foi difícil ao estrangeiro. A monotonia da alimentação foi criticada por muitos imigrantes, que encontravam em uma dieta com milho, frutas típicas e com uso de carne de porco uma alimentação insuficiente. Em economias com grandes centros urbanos e lavoura voltada ao café, como a de Campinas, em que muitos dos alimentos eram adquiridos no comércio, a alimentação poderia ser mais desequilibrada e pobre, em especial para crianças. Apesar disso, a consolidada rede de abastecimento de Campinas, a alimentação do colono e a possibilidade de plantar gêneros de subsistência poderiam evitar alguns tipos de desnutrição (TELAROLLI JÚNIOR, 1997, p. 6).

Dentre as doenças que mais atingiam os estrangeiros, além da tuberculose, também se encontram a cirrose hepática, as lesões orgânicas do coração o marasmo e a disenteria. Segundo Karasch (2000, p. 211), para o Rio de Janeiro na segunda metade do século XIX, muitos imigrantes da Europa, onde a doença era endêmica, deveriam ser portadores da doença. A cirrose hepática estava associada aos hábitos como o alcoolismo, cujo elevado índice entre os imigrantes era conhecido das autoridades italianas (TELAROLLI JÚNIOR, 1997, p. 6).

Consideramos plausível que o segmento da população estrangeira que experimentou probabilidades maiores de mortalidade não acessou a Santa Casa: morreram sem assistência médica, na rua, nos lazaretos, em outros hospitais como o *Circolo* e a Beneficência Portuguesa ou abandonados na linha do trem. O hospital da Santa Casa representou 71% dos óbitos registros

em hospitais durante a última década do século XIX. Entretanto, outros hospitais tiveram estrangeiros como a maioria dos óbitos, como o *Beneficência Portuguesa* (95% dos óbitos totais), o *Circolo Italiani Uniti* (91%), Lazareto do Fundão (76%), Corrêa de Mello (73%) e Lazareto do Guanabara (50%).

Somente 0,3% dos óbitos do Registro Civil de Campinas entre 1889 e 1900 apresentaram declaração de que o indivíduo teve assistência médica. A proporção dos que tiveram assistência médica entre os estrangeiros é levemente maior, porém a diferença não é significativa. Mais que isso, 25% dos óbitos constam declaração de que o indivíduo negou assistência médica. Uma consulta médica e mesmo o acesso às parteiras tinha valor elevado em comparação à remuneração de um colono e esse acesso pode não ter sido garantido para muitos estrangeiros.

Por fim, fato é que os estrangeiros da Santa Casa de Misericórdia tiveram maiores chances de sobrevivência e essa diferença aumentou ainda mais na década final do século XIX. As redes de solidariedade, as instituições filantrópicas e uma profusão de sociedades de beneficência dedicadas à saúde da população estrangeira, fizeram com que parte dessa população pudesse evitar a exposição ao risco de morte em certas circunstâncias. Mas, certamente, esse não foi o destino de muitos outros italianos, portugueses, espanhóis e alemães que junto aos brasileiros tiveram as vidas encerradas no tempo das epidemias sem qualquer auxílio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dessa pesquisa, buscamos investigar alguns aspectos da morbidade e da mortalidade da população escravizada, nacional e estrangeira livre em Campinas durante o último quarto do século XIX. Em um primeiro momento, delineamos os principais conceitos teóricos para uma investigação sobre saúde e mortalidade nas populações do passado, recuperando as principais teorias demográficas e abordagens consolidadas pelos estudiosos de população. A partir das interpretações clássicas da Teoria da Transição Demográfica e da Transição Epidemiológica, buscamos enquadrar nosso estudo em um período pré-transicional, caracterizado por mortalidade e fecundidade em níveis elevados, em que predominam as doenças infectocontagiosas. Apresentamos alguns elementos sobre o papel controverso das descobertas médicas do século XIX na orientação das políticas de saúde pública e seu possível impacto sobre a mortalidade.

A partir de uma apresentação da Teoria das Causas Fundamentais, destacamos a importância de analisar a dinâmica da mortalidade e da saúde como um processo heterogêneo, sob a hipótese de que a mortalidade e a morbidade estão associadas diretamente a uma desigualdade de condições de vida que indivíduos de diferentes grupos sociais desfrutam. Acrescentamos a esses elementos gerais algumas particularidades do passado brasileiro revelados pelas contribuições da demografia histórica. O final do século XIX foi um período repleto de grandes epidemias, tensões entre médicos acadêmicos e a medicina tradicional dos curandeiros, desconfiança do papel dos hospitais enquanto instituições e incertezas com relação à origem das doenças. Argumentamos em favor de incluir a escravidão como um elemento estrutural para compreender os diferenciais de mortalidade na população brasileira do passado.

No caso específico de Campinas, tratamos inicialmente dos aspectos econômicos da história do município, destacando que a produção cafeeira teve papel fundamental na formação e desenvolvimento de um núcleo urbano, que durante o período expandiu seus serviços para atender uma população cada vez mais crescente e urbana. A abolição, a imigração, a urbanização e a chegada da modernidade foram os processos elementares que ajudam a compreender as intensas transformações pelas quais Campinas passou até o final do século XIX. Associado ao crescimento econômico e populacional, a cidade enfrentou uma série de epidemias de febre amarela e problemas de saúde pública. Nesse cenário de enfrentamento dos problemas sanitários desenvolveu-se as iniciativas filantrópicas. Surge nesse contexto o primeiro hospital filantrópico de Campinas: a Santa Casa de Misericórdia.

Exploramos as potencialidades e limitações dos dois principais conjuntos de dados sobre mortalidade utilizados: o registro civil de óbito e os registros hospitalares. Apresentamos os dados dos atendidos na Santa Casa de Campinas (1876-1900) e no Hospital de Isolamento do Fundão (1890 e 1892) constantes em suas matrículas de pacientes. Por fim, argumentamos

em favor do uso de documentação complementar como os dados dos primeiros censos brasileiros, Estatísticas Demógrafo-Sanitárias, relatórios da provedoria da Santa Casa, dos presidentes de província, fórmulas para remédios e receituários do período das epidemias de febre amarela para acessar um quadro mais completo da morbimortalidade no período. Enfrentamos os problemas classificatórios das informações ocupacionais e de doenças utilizando duas propostas de sistematização, uma baseada na Classificação Histórica de Ocupações (HISCO) e outra baseada na Classificação Internacional de Doenças (CID). A partir desse conjunto variado de documentos, derivamos algumas estatísticas hospitalares relevantes, recuperamos as curvas de sobrevivência dos pacientes atendidos pela Santa Casa de Misericórdia e investigamos a mortalidade diferencial entre subgrupos da população – escravizados e livres, brasileiros e estrangeiros.

Com base nos óbitos do município de Campinas de 1889 a 1900, identificamos cinco períodos principais de crise de mortalidade: 1889, 1890, 1892, 1896 e 1897. Esses anos correspondem aos momentos de surtos epidêmicos de febre amarela. Além disso, houve uma mortalidade extraordinária por pneumonia e broncopneumonia em 1891. Homens morreram mais do que mulheres, principalmente em idades adultas, e a mortalidade infantojuvenil foi elevada, em especial na faixa de 0 a 4 anos de idade. Indivíduos solteiros morreram mais do que os casados, muito devido a uma maior exposição ao risco, diferenças em hábitos alimentares e de higiene, bem como por não possuírem uma rede de cuidados alternativa representada pelo cônjuge.

Doenças infecciosas tiveram grande impacto no perfil da morbimortalidade de Campinas, mas ao longo do período analisado, identificamos uma relativa convergência entre o peso relativo das doenças infecciosas e não infecciosas, fornecendo evidências para uma possível mudança lenta no perfil epidemiológico. Além da febre amarela, doenças infecciosas como a tuberculose, as pneumonias e broncopneumonias foram responsáveis pelo maior número de óbitos. Entre as doenças não infecciosas, além do impacto da natimortalidade, destacaram-se as lesões cardíacas e a atrepsia.

No que tange aos diferenciais entre a população brasileira e estrangeira, identificamos que muito embora a população estrangeira estivesse mais vulnerável às doenças transmitidas por vetores como a febre amarela por não terem tido contato anterior com o agente causador, brasileiros foram atingidos em grande quantidade por vários tipos de doenças infecciosas, transmitidas por água e alimentos, pelo ar e por vetores.

Identificamos o perfil dos atendidos pelos hospitais da Santa Casa de Misericórdia de Campinas e do Fundão. Hospitalizados foram em grande maioria homens em idade ativa e produtiva, no que se pode destacar a presença de trabalhadores nas mais variadas ocupações. Esse perfil foi especialmente acentuado na população estrangeira, em virtude da distribuição por sexo e idade característica desse subgrupo da população.

A mortalidade na Santa Casa de Campinas apresentou nível geral mais elevado que hospitais semelhantes, como as Santas Casas de Santos, São Paulo e Beneficências Portuguesas. As principais pessoas que enviaram pacientes para as enfermarias eram membros da elite campineira, que de uma forma ou de outra participavam da administração da Irmandade. Destaca-se a

influência de famílias de grandes proprietários de terras enobrecidos pelo Império nos processos decisórios dessa Irmandade, revelando os benefícios econômicos no tratamento dos trabalhadores por meio da filantropia.

O Hospital de Isolamento do Fundão apresentou uma distribuição etária e por sexo dos pacientes conforme o padrão da mortalidade de febre amarela do município. Notamos a forte presença de estrangeiros, sobretudo italianos e portugueses, mas também brasileiros. Trata-se de um dos poucos registros sistemáticos de casos de cura por febre amarela que registram a cor e a quantidade de dias de permanência hospitalar. Muito embora os registros de cor sejam escassos, notamos a relativa convergência dos resultados com a literatura especializada no sentido de que os indivíduos de cor branca foram a maioria dos diagnósticos de febre amarela em comparação aos indivíduos de cor preta. Não há, no entanto, evidências suficientes em favor de uma maior taxa de cura em indivíduos de cor preta, o que favorece a hipótese de que talvez esse resultado se deva a um subdiagnóstico ou a um fator de “imunidade relativa”. Esse debate permanece em aberto e demanda maior aprofundamento. Com o uso de receituários médicos, identificamos que nos lazaretos, o tipo de tratamento ainda conservava soluções experimentais baseadas no tratamento da malária, que pouco alteraram as chances de vida e morte dos pacientes que neles entravam.

Na Santa Casa, por ter atendido poucos casos de febre amarela, predominaram as doenças infecciosas transmitidas pelo ar, como a tuberculose e aquelas cujos fatores de risco envolvem hábitos como o consumo de álcool, mudanças bruscas de temperatura, clima seco e outras doenças mal cuidadas, como as pneumonias. Entre as doenças não infecciosas, as mais importantes foram aquelas ligadas às condições de vida e de trabalho como as lesões cardíacas e reumatismos. Enquanto o tratamento de algumas doenças como a malária foram efetivos, outros como no caso da tuberculose eram absolutamente inefetivos, demonstrando que a descoberta dos agentes causadores das doenças não necessariamente resultou em um avanço na forma de tratamento.

Apesar do discurso de tratamento igualitário no hospital, a população escravizada experimentou taxas de mortalidade sistematicamente maiores que a da população livre. Uma pequena parte desse diferencial foi explicada por diferenças nas características como sexo e idade entre as duas populações. Todavia, a maior parte do diferencial persistiu ao longo do tempo, devido às condições de vida, nutrição e trabalho impostas pelo cativo. A condição de liberdade foi um recurso fundamental para maiores chances de sobrevivência e para escapar de uma morte prematura.

Brasileiros apresentaram taxas de mortalidade mais elevadas que estrangeiros, diferencial que se ampliou ao longo do tempo. Em um primeiro momento, parte dessas diferenças são explicadas pelas diferenças na estrutura por idade e sexo entre as populações, e parte é explicada pelo fato de os estrangeiros procurarem o hospital em casos menos graves. Em um segundo momento, os diferenciais passam a ser amplamente inexplicados pelas características de cada população. Atribuímos esse resultado ao fato de o segmento da população estrangeira que expe-

rimentou elevada probabilidade de morte não ter acessado a Santa Casa, em especial porque esse hospital deixou aos hospitais de isolamento os casos mais graves e grande parcela da população morria sem assistência médica.

Nossa investigação abre alguns caminhos e questões a serem respondidas. Com a ampliação do recorte temporal, é possível avançar ao século xx para investigar como as condições de saúde, trabalho, saneamento e habitação da população de Campinas evoluíram ao longo de um período de intensas transformações políticas e sociais. A partir do fim das epidemias de febre amarela, estaria a cidade mudando seu perfil epidemiológico? Como as diferenças entre subgrupos da população se comportaram tendo em vista um período mais amplo de observação?

Outra possibilidade de pesquisa é a ampliação do recorte espacial. Apesar de existir extensa bibliografia sobre a história da população, escravidão, imigração, industrialização e urbanização para várias cidades do Estado de São Paulo e do Brasil, poucos trabalhos foram mais abrangentes contemplando longos períodos e grandes regiões, de maneira a propor um diálogo entre a demografia dos períodos pré-censitários e as discussões contemporâneas.

Algumas tarefas no campo teórico-metodológico podem ser apontadas. Avançar na aplicação de métodos e técnicas de análise demográfica para lidar com os problemas característicos dos dados das populações do passado; superar dificuldades na implementação de classificações de causas de morte anteriores à Classificação Internacional; desenvolver e incorporar a contextualização dos fatores de risco e diferenciais ao arcabouço teórico da transição demográfica e epidemiológica; bem como ampliar os trabalhos com análise de registros hospitalares.

Essa pesquisa se encerra em um momento singular. Uma nova doença infecciosa, a Covid-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2 desafia sistemas de saúde e assistência em todo o mundo. A emergência do estudo de novas e velhas epidemias, a reintrodução de várias doenças, o desaparecimento de outras e a persistência de desigualdades profundas no acesso a recursos de saúde entre diferentes populações e regiões do mundo nos relembram que a batalha contra as doenças infecciosas não está vencida.

REFERÊNCIAS

- ALBINO, Matheus Alves. Mortalidade e saúde a partir dos registros hospitalares: Santas Casas de Misericórdia e Hospitais de Isolamento, 1875-1900. **Revista do Arquivo**, São Paulo, SP, v. 4, n. 8, p. 90–100, 2019. Disponível em: http://www.arquivoestado.sp.gov.br/revista_do_arquivo/08/pdf/Artigo_6_26_04.pdf. Acesso em: 1 jun. 2019.
- ALBINO, Matheus Alves; MARCONDES, Renato Leite. Diferenciais de mortalidade em um hospital filantrópico: a Santa Casa de Misericórdia de Campinas (1876-1885). **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, SP, v. 35, n. 2, p. 1–20, 2018.
- ALDERSON, Michael R. **Mortality, morbidity and health statistics**. New York, NY: Stockton Press, 1988.
- ALMANACH popular para o anno de 1878 contendo diversos artigos de interesse geral, e uma parte noticiosa, literaria e recreativa. Campinas, SP: Typographia da Gazeta de Campinas, 1877. 110 p. Disponível em: https://digital.bbm.usp.br/bitstream/bbm/5190/1/016833_COMPLETO.pdf. Acesso em: 26 jul. 2019.
- AMARAL, Leopoldo (Org.). **A cidade de Campinas em 1901**. Campinas, SP: Typographia a vapor da casa Livro Azul, 1900.
- ARRIAGA, Eduardo; DAVIS, Kingsley. The pattern of mortality change in Latin America. **Demography**, New York, NY, v. 6, n. 3, p. 223–242, 1969.
- BACELLAR, Carlos Almeida Prado. Arrolando os habitantes no passado: as listas nominativas sob um olhar crítico. **Locus**, Brasília, DF, v. 14, n. 1, p. 113–132, 2008.
- BACELLAR, Carlos Almeida Prado; SCOTT, Ana Silvia Volpi; BASSANEZI, Maria Silvia Casagrande Beozzo. Quarenta anos de demografia histórica. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 2, p. 339–350, 2005.
- BARRETO, Maria Renilda Nery; PIMENTA, Tânia Salgado. A saúde dos escravos na Bahia oitocentista através do Hospital da Misericórdia. **Territórios & Fronteiras**, Cuiabá, MT, v. 6, n. 2, p. 75–90, 2013.
- BASSANEZI, Maria Silvia Casagrande Beozzo. Registros paroquiais e civis: os eventos vitais na reconstituição da história. In: PINKSY, Carla Bassanezi; LUCA, Tânia Regina de (Org.). **O historiador e suas fontes**. São Paulo, SP: Contexto, 2009. P. 141–172.
- BASSANEZI, Maria Silvia Casagrande Beozzo (Org.). **São Paulo do passado: dados demográficos**. Campinas, SP: Nepo/Unicamp, 1998.
- BASSANEZI, Maria Silvia Casagrande Beozzo; CUNHA, Maisa Faleiros da. Um espaço, dois momentos epidêmicos: surtos de febre amarela (1896-1897) e de gripe (1918-1919) em Campinas, estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Belo Horizonte, MG, v. 36, n. 1, p. 1–29, 2019.
- BENCHIMOL, Jaime Larry; SÁ, Magali Romero. **Adolpho Lutz – Febre amarela, malária e protozoologia**. Rio de Janeiro, RJ: SciELO-Editora FIOCRUZ, 2005. v. 2, p. 675–689.
- BERNABEU-MESTRE, Josep. Expresiones diagnósticas y causas de muerte: algunas reflexiones sobre su utilización en el análisis demográfico de la mortalidad. **Revista de Demografía Histórica**, Espanha, v. 11, n. 3, p. 11–22, 1993.

- BERNABEU-MESTRE, Josep et al. El análisis histórico de la mortalidad por causas: Problemas y soluciones. **Revista de Demografía Histórica**, Espanha, v. 21, n. 1, p. 167–193, 2003.
- BOTELHO, Tarcisio. Categorias de diferenças: ocupação, “raça” e condição social no Brasil do século XIX. **Locus**, Brasília, DF, v. 14, n. 1, p. 195–228, 2008.
- BOTELHO, Tarcisio et al. HISCO (Historical International Standard Classification of Occupation): construindo uma codificação de ocupações para o passado brasileiro. **Revista da ABET**, São Paulo, SP, v. 6, n. 2, p. 166–181, 2006.
- BRASIL. **Recenseamento do Império do Brasil de 1872**. Rio de Janeiro, RJ: Typographia de Georges Leuzinger, 1874.
- BRASS, William; COALE, Ansley. Methods of Analysis and Estimation. In: COALE, Ansley (Org.). **The Demography of Tropical Africa**. Princeton, NJ: Office of Population Research, 1968.
- CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; FERNANDES, Daniele. A população brasileira e seus movimentos ao longo do século XX. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro, RJ: IPEA, 2014.
- CAMARGO, José Francisco. **Crescimento da população do Estado de São Paulo e seus aspectos econômicos**. São Paulo, SP: FIPE, 1981.
- CAMPINAS. **Registro Civil de Óbitos**. Campinas, SP: Cartórios dos distritos de Conceição e Santa Cruz, 1889-1900.
- CAMPINAS. Código de Posturas da Câmara Municipal de Campinas de 1880. In: REGISTRO de Correspondências. Campinas, SP: [s.n.], 1880. 1, tomo 009. (Digitalização produzida a partir do Termo Aditivo do convênio firmado entre a Câmara Municipal de Campinas e o Centro de Memória da Unicamp). P. 110–133.
- CAMPINAS. **Código de Posturas da Câmara Municipal de Campinas de 1864**. Campinas, SP: [s.n.], 1864. Transcrito por Mailde J. Trípoli. Bolsista CNPQ da Biblioteca do Centro de Memória – Unicamp, 1991.
- CANUDAS ROMO, Vladimir. **Decomposition methods in Demography**. 2003. 178 f. Tese (Doutorado em Ciências Espaciais) – Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, 2003. Disponível em: <https://www.rug.nl/research/portal/files/10068144/thesis.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.
- CASELLI, Graziella; MESLÉ, France; VALLIN, Jacques. Epidemiologic transition theory exceptions. **Genus**, Roma, Itália, v. 58, n. 1, p. 9–51, 2002.
- CASTRO, Hebe Maria Mattos. **Das cores do silêncio: os significados da liberdade no sudeste escravista – Brasil século XIX**. Rio de Janeiro, RJ: Arquivo Nacional, 1995.
- CASTRO, Jeanne Berrance; SCARANO, Júlia Maria Leonor; AISSAR, Aparecida da Glória. A mortalidade entre os filhos de trabalhadores pretos e brancos estrangeiros numa região paulista: 1875-1930. **Revista de História**, São Paulo, SP, v. 46, n. 94, p. 603–617, 1993.
- CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial**. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 1996.
- CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. **Diccionario de medicina popular e das sciencias accessorias para uso das familias**. 6. ed. Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1890. Disponível em:

<https://digital.bbm.usp.br/view/?45000008520%5C&bbm/6947#page/1/mode/2up>. Acesso em: 12 abr. 2019.

CHERRY, Steven. The hospitals and population growth: The voluntary general hospitals, mortality and local populations in the English provinces in the eighteenth and nineteenth centuries – Part 1. **Population studies**, Taylor & Francis, v. 34, n. 2, p. 59–75, 1980.

CHOR, Dóra; DUCHIADE, Milena Piraccini; JOURDAN, Angela Maria Fernandes. Diferencial de mortalidade em homens e mulheres em localidade da região sudeste: 1960, 1970, 1980. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 26, n. 4, p. 246–255, 1992.

COALE, Ansley; KISKER, Ellen Eliason. Mortality Crossovers: Reality or Bad Data? **Population Studies**, v. 40, n. 3, p. 389–401, 1986.

COLGROVE, James. The McKeown Thesis: A historical controversy and its enduring influence. **American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 92, n. 5, p. 725–729, 2002.

CONRAD, Robert. **Os últimos anos da escravatura no Brasil, 1850-1888**. São Paulo, SP: Civilização Brasileira, 1975.

COSTA, Iraci del Nero. **Vila Rica: população (1719-1826)**. São Paulo, SP: Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo (IPE-USP), 1979.

COSTA, Iraci del Nero. Vila Rica: mortalidade e morbidade (1799–1801). In: BUESCU, Mircea; PELÁEZ, Carlos Manuel (Ed.). **A moderna história econômica**. Rio de Janeiro, RJ: APEC, 1976. P. 115–127.

DANIELI NETO, Mario; CELIA, Maria Isabel Basílico. Aspectos históricos da evolução urbana do município de Campinas (SP) durante os séculos XVIII e XIX. **Leituras de Economia Política**, Campinas, v. 10, p. 105–123, jun. 1996.

DAS GUPTA, Prithwis. A general method of decomposing a difference between two rates into several components. **Demography**, New York, NY, v. 15, n. 1, p. 99–112, 1978.

DEAN, Warren. **A industrialização de São Paulo**. 3. ed. São Paulo, SP: Difusão Europeia do Livro, 1975.

DEATON, Angus. **A grande saída: saúde, riqueza e as origens da desigualdade**. Tradução: Marcelo Levy. Rio de Janeiro, RJ: Intrínseca, 2017.

DEL PANTA, Lorenzo; LIVI-BACCI, Massimo. Chronologie, intensité et diffusion des crises de mortalité en Italie: 1600-1850. **Population**, London, UK, p. 401–446, 1977.

DUFFIN, Jacalyn. Census versus medical daybooks : a comparison of two sources on mortality in nineteenth-century Ontario. **Continuity and Change**, Cambridge, UK, v. 12, n. 2, p. 199–219, 1997.

DUPÂQUIER, Jacques. L'analyse statistique des crises de mortalité. In: CHARBONNEAU, Hubert; LAROSE, André (Ed.). **The great mortalities**. Liège: Ordina Éditions, 1979. P. 83–84.

EISENBERG, Peter. **Homens esquecidos: escravos e trabalhadores livres no Brasil; séculos XVIII e XIX**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1989.

ENGERMAN, Stanley. Slavery, freedom and Sen. **Feminist Economics**, Houston, TX, 2003.

FERNANDES, Mayara Camargo. **Imigração e ocupação em Campinas do final do século XIX ao início do século XX**. 2016. 150 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Instituto de

Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/305724>. Acesso em: 12 abr. 2019.

FERREIRA, Luiz Otavio. Medicina impopular: ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos (1850-1840). In: CHALHOUB, Sidney et al. (Org.). **Artes e ofícios de curar no Brasil**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003. P. 101–122.

FERRIE, Joseph. The rich and the dead: Socioeconomic Status and Mortality in the United States, 1850-1860. In: COSTA, Dora L. (Ed.). **Health and labor force participation over the life cycle**. Chicago, IL: University of Chicago Press, 2003. P. 11–50.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. **A arte de curar**: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais. Belo Horizonte: Argumentum, 2008.

FORTIN, Nicole; LEMIEUX, Thomas; FIRPO, Sergio. Decomposition Methods in Economics. In: ASHENFELTER, Orley; CARD, David (Ed.). **Handbook of labor economics**. 4. ed. Amsterdam, Países Baixos: Elsevier, 2011.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Tradução: Roberto Machado. 6. ed. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 2004.

FRENK, Julio; BOBADILLA, José Luis; LOZANO, Rafael. The epidemiological transition in Latin America. In: **Adult mortality in Latin America**. Oxford, UK: Clarendon Press, 1996.

FRENK, Julio et al. La transición epidemiológica en America Latina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, DC, v. 111, n. 6, p. 485–496, 1991.

FUNDAÇÃO SEADE. **Quinhentos anos de divisão territorial e cem anos de estatísticas demográficas municipais**. São Paulo, SP: Fundação SEADE, 2001. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/500anos>. Acesso em: 6 jan. 2020.

GANDELMAN, Luciana Mendes. A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro nos séculos XVI a XIX. **História, Ciência e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 8, n. 3, p. 613–630, 2001.

GIVISIEZ, Gustavo Henrique Naves. Introdução a métodos de estimativas e interpolações populacionais. In: RIOS-NETO, Eduardo Luiz; RIANI, Juliana de Lucena (Ed.). **Introdução à demografia da educação**. Campinas, SP: ABEP, 2004.

GORDIS, Leon. **Epidemiology**. 5. ed. Milton, Canada: Elsevier Saunders, 2014.

GREEN, Tiffany L.; HAMILTON, Tod G. Beyond black and white: color and mortality in post-reconstruction era North Carolina. **Explorations in Economic History**, Orlando, FL, v. 50, n. 1, p. 148–159, 2013.

HESS, Andreas. **Concepts of social stratification**: European and American models. New York, NY: Palgrave, 2001.

HOLLINGSWORTH, Thomas H. **A preliminary suggestion for the measurement of mortality crises**. Liège: Ordina Editions, 1979.

HOLLOWAY, Thomas. **Imigrantes para o café**: café e sociedade em São Paulo (1886- 1934). Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 1984.

HORIUCHI, Shiro. Epidemiological transitions in human history. In: UNITED NATIONS (Ed.). **Health and mortality: Issues of global concern**. New York, NY: United Nations, 1999. P. 54–71.

IBGE. **Evolução da divisão territorial do Brasil 1872–2010**: conteúdo digital. 2011. Disponível em: <http://purl.stanford.edu/rb444qh7902>. Acesso em: 5 mar. 2019.

ILLICH, Ivan. Medical nemesis. **The Lancet**, London, UK, v. 303, n. 7863, p. 918–921, 1974.

IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE CAMPINAS. **Santa Casa de Misericórdia de Campinas**: primeiro centenário (MDCCCLXXI – MCMLXXI). São Paulo, SP: Revista dos Tribunais, 1972.

IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE CAMPINAS. **Assentamento dos enfermos curados na Santa Casa de Misericórdia de Campinas**. Campinas, SP: Centro de Memória Unicamp, 1895. 1 v. (Fundo Irmandade de Misericórdia de Campinas – Santa Casa).

IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE CAMPINAS. **Relatório apresentado à Assembleia Geral da Irmandade de Misericórdia de Campinas no biênio de 1883-1885 pelo seu provedor o reverendíssimo vigário Padre Francisco de Abreu Sampaio**. Campinas, SP: Typographia a vapor da Gazeta, 1885.

IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE CAMPINAS. **Relatório apresentado à Irmandade de Misericórdia de Campinas pelos respectivos provedores cônego Joaquim José Vieira efetivo e Dr. Valentim José da Silveira Lopes interino no ano compromissal de 1882 a 1883**. Campinas, SP: Typographia a vapor da Gazeta, 1883.

IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE CAMPINAS. **Relatório apresentado à Irmandade de Misericórdia de Campinas em sua reunião geral de 26 de junho de 1881 pelo seu provedor cônego Joaquim José Vieira**. Campinas, SP: Typographia a vapor da Gazeta, 1881.

IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE CAMPINAS. **Fórmulas para Remédios**. Campinas, SP: Centro de Memória Unicamp, 1878. (Fundo Irmandade de Misericórdia de Campinas – Santa Casa).

IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE CAMPINAS. **Relatório apresentado à Irmandade de Misericórdia de Campinas pelo respectivo provedor Joaquim José Vieira**. São Paulo: Typographia da Província, 1877.

IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE CAMPINAS. **Matrículas dos Enfermos do Hospital de Misericórdia de Campinas**. Campinas, SP: Centro de Memória Unicamp, 1876. 4 v. (Fundo Irmandade de Misericórdia de Campinas – Santa Casa).

IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE CAMPINAS. **Assentamento dos enfermos que faleceram no Hospital de Misericórdia de Campinas**. Campinas, SP: Centro de Memória Unicamp, 1876. 1 v. (Fundo Irmandade de Misericórdia de Campinas – Santa Casa).

JANN, Ben. A Stata implementation of the Blinder-Oaxaca decomposition. **Stata Journal**, College Station, TX, v. 8, n. 4, p. 453–479, 2008.

JANNUZZI, Paulo de Martino. As ocupações brasileiras segundo a CBO 2002: caracterização empírica com base no Censo 2000. **Revista da ABET**, São Paulo, SP, v. 4, n. 2, p. 61–95, 2004.

KARASCH, Mary. **A vida dos escravos no Rio de Janeiro, 1808-1850**. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2000.

KHOURY, Yara Aun. **Guia dos arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil (fundadas entre 1500 e 1900)**. São Paulo, SP: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2004.

KIPLE, Kenneth F. The nutritional link with slave infant and child mortality in Brazil. **The Hispanic American Historical Review**, Durham, NC, v. 69, n. 4, p. 677–690, 1989.

KIPLE, Virginia H.; KIPLE, Kenneth F. Slave child mortality: some nutritional answers to a perennial puzzle. **Journal of Social History**, Oxford, UK, v. 10, n. 3, p. 284–309, 1977.

KITAGAWA, Evelyn. Components of a difference between two rates. **Journal of the American Statistical Association**, Taylor & Francis Group, New York, NY, v. 50, n. 272, p. 1168–1194, 1955.

KITAGAWA, Evelyn M. On mortality. **Demography**, New York, NY, v. 14, n. 4, p. 381–389, 1977.

KLEIN, Herbert. A experiência afro-americana numa perspectiva comparada: a situação atual do debate sobre a escravidão nas américas. **Afro-Ásia**, v. 45, p. 95–121, 2012.

LANDER, Kevin; PRITCHETT, Jonathan. When to care: the economic rationale of slavery health care provision. **Social Science History**, Durham, UK, v. 33, n. 2, p. 155–182, 2009.

LAPA, José Roberto do Amaral. **Os excluídos**: contribuição à história da pobreza no Brasil, 1850-1930. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2008.

LAPA, José Roberto do Amaral. **A cidade**: os cantos e os antros – Campinas, 1850-1900. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1996.

LAURENTI, Ruy. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 25, n. 6, p. 407–417, 1991.

LAZARETO DO FUNDÃO. **Livro de registro de enfermos do Lazareto do Fundão**. Campinas, SP: Arquivo Municipal de Campinas, 1892. (Série nº 0150 – Registros de Enfermos do Lazareto do Fundão). Disponível em: http://arq-camp.campinas.sp.gov.br/uploads/r/arquivo-municipal-de-campinas/4/1/41275/BR_SPAMC_0150.pdf. Acesso em: 12 abr. 2019.

LEÃO, Vito Pacheco. **Livro de registro do receituário do Dr. Vito Pacheco Leão**. Campinas, SP: Arquivo Municipal de Campinas, 1889. (Série nº 0147).

LEBRÃO, Maria Lúcia. Estudos de morbidade: usos e limites. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, SP, v. 4, n. 1, p. 51–57, 1995.

LEE, Ronald. Estimating series of vital rates and age structures from baptisms and burials: a new technique, with applications to pre-industrial England. **Population Studies**, London, UK, v. 28, n. 3, p. 495–512, 1974.

LINK, Bruce G.; PHELAN, Jo. McKeown and the idea that social conditions are fundamental causes of disease. **American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 92, n. 5, p. 730–732, 2002.

LINK, Bruce G.; PHELAN, Jo. Social conditions as fundamental causes of disease. **Journal of Health and Social Behavior**, Albany, NY, n. 1, p. 80–94, 1995.

LIVI-BACCI, Massimo. Notas sobre la transición demográfica em Europa y América Latina. In: CONFERENCIA LATINOAMERICANA DE POBLACIÓN, 4., Ciudad de México. **Anais...** Ciudad de México: ABEP/CELADE/IUSSP/PROLAP/SOMEDE, 1993.

LIVI-BACCI, Massimo. **Population and nutrition**: an essay on European demographic history. Tradução: Tania Croft-Murray. Cambridge: Cambridge University Press, 1991. (Cambridge Studies in Population, Economy and Society in Past Time).

LUNA, Francisco Vidal; KLEIN, Herbert S. **Escravidão no Brasil**. São Paulo, SP: Edusp, 2010.

- MACIEL, Cleber da Silva. **Discriminações raciais: negros em Campinas, 1888-1921**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1987.
- MANDARINO, Thiago. **A vida através da morte: formação do mercado de trabalho livre e o destino dos negros, Rio Claro (1875-1930)**. São Paulo, SP: Alameda, 2014.
- MARCÍLIO, Maria Luiza. **Crescimento demográfico e evolução agrária paulista; 1700-1836**. São Paulo, SP: Hucitec, Edusp, 2000.
- MARCÍLIO, Maria Luiza. A demografia histórica brasileira nesse final de milênio. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Brasília, DF, v. 14, n. 1/2, p. 125–143, 1997.
- MARCÍLIO, Maria Luiza. Mortalidade e morbidade da cidade do Rio de Janeiro imperial. **Revista de História**, Campinas, SP, n. 127-128, p. 53–68, 1993.
- MARCÍLIO, Maria Luiza. **Caiçara, terra e população: estudo de demografia histórica e da história social de Ubatuba**. São Paulo, SP: Paulinas/CEDHAL, 1986.
- MARCÍLIO, Maria Luiza. **A Cidade de São Paulo: povoamento e população, 1750-1850**. São Paulo, SP: Pioneira, 1973.
- MARCONDES, Renato Leite. **A arte de acumular na gestão da economia cafeeira: formas de enriquecimento no Vale do Paraíba paulista durante o século XIX**. 1998. 289 f. Tese (Doutorado em Economia) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12138/tde-26112008-155949/pt-br.php>. Acesso em: 12 abr. 2019.
- MARTINS, Mônica; BLAIS, Régis; LEITE, Iúri da Costa. Mortalidade hospitalar e tempo de permanência: comparação entre hospitais públicos e privados na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, Supl. 2, p. 268–82, 2004.
- MARTINS, Valter. Cidade-laboratório: Campinas e a febre amarela na aurora republicana. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Fundação Oswaldo Cruz, v. 22, n. 2, p. 507–524, 2015.
- MARTINS, Valter. A cidade e a carne: açougueiros e fiscais entre a sobrevivência e a norma. Campinas, segunda metade do século XIX e início do XX. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE HISTÓRIA, 6., 2013, Maringá, PR. **Anais...** Maringá, PR: [s.n.], 2013.
- MARTINS, Valter. **Mercados urbanos, transformações na cidade: abastecimento e cotidiano em Campinas, 1859-1908**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2010.
- MARTINS, Valter. Verdureiros, quitandeiras e o comércio ambulante de Campinas, segunda metade do século XIX início do XX. In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA, 18. **Anais...** Assis, SP: [s.n.], 2006.
- MARTINS, Valter. Livres, escravos e doenças: Campinas, século XIX. In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA. **Anais...** Campinas, SP: [s.n.], 2004. v. 17.
- MARTINS, Valter. **Nem senhores, nem escravos: os pequenos agricultores em Campinas; 1800-1850**. Campinas, SP: Centro de Memória Unicamp, 1996.
- MATTOS, Hebe. O olhar do historiador: territórios e deslocamentos na história social da escravidão no Brasil. In: HEINZ, Flavio M.; HARRES, Marluza Marques (Org.). **A história e seus territórios**. São Leopoldo, RS: Oikos, 2008. P. 49–61.
- MCCRACKEN, Kevin; PHILLIPS, David R. Demographic and epidemiological transition. In: RICHARDSON, Douglas et al. (Ed.). **The international encyclopedia of geography**. Hoboken, New Jersey, EUA: John Wiley & Sons, 2017. P. 1–8.

- MCKEOWN, Thomas. **The modern rise of population**. London, UK: Edward Arnold, 1976.
- MCKEOWN, Thomas; BROWN, Robert. Medical evidence related to English population changes in the eighteenth century. **Population Studies**, London, UK, v. 9, n. 2, p. 119–141, 1955.
- MCKEOWN, Thomas; BROWN, Robert; RECORD, R. G. An interpretation of the modern rise of population in Europe. **Population studies**, London, UK, v. 26, n. 3, p. 345–382, 1972.
- MCKEOWN, Thomas; RECORD, R. G. Reasons for the decline of mortality in England and Wales during the nineteenth century. **Population studies**, London, UK, v. 16, n. 2, p. 94–122, 1962.
- MCKEOWN, Thomas; RECORD, R. G.; TURNER, R. D. An interpretation of the decline of mortality in England and Wales during the twentieth century. **Population studies**, London, UK, v. 29, n. 3, p. 391–422, 1975.
- MENDES, José de Castro. **Retratos da velha Campinas**. São Paulo, SP: Departamento de cultura, 1951.
- MERRICK, Thomas William; GRAHAM, Douglas. **População e desenvolvimento econômico no Brasil**. Tradução: Waltensir Dutra. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 1979.
- MESGRAVIS, Laima. **A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599?-1884): contribuição ao estudo da assistência social no Brasil**. São Paulo, SP: Conselho Estadual de Cultura, 1976.
- MIRANDA, Cybelle Salvador et al. Santa Casa de Misericórdia e as políticas higienistas em Belém do Pará no final do século XIX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 2, p. 525–539, 2015.
- MORAES, Gabriela dos Santos. **Um olhar sobre a mortalidade em Campinas no final do século XIX: imigrantes e nativos**. 2014. 137 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/279699>. Acesso em: 12 abr. 2019.
- MORTARA, Giorgio. Estudos sobre a utilização do censo demográfico para a reconstrução das estatísticas do movimento da população do Brasil. **Revista Brasileira de Estatística**, Rio de Janeiro, RJ, v. 2, n. 1, p. 494–538, 1941.
- MOURA, Denise Aparecida Soares. **Saindo das sombras: homens livres no declínio do escravismo**. Campinas, SP: Centro de Memória Unicamp, 1998.
- MOURA FILHO, Heitor Pinto. Uma Tipologia de Tábuas de Mortalidade. **Revista Brasileira de Estatística**, Rio de Janeiro, RJ, v. 73, n. 236, p. 21–46, 2012.
- MURARO, Cirilo Pardo Meo. **A história da Santa Casa e Hospital Irmãos Penteado: Irmandade de Misericórdia de Campinas**. Campinas, SP: Irmandade de Misericórdia de Campinas, 2010.
- NADALIN, Sérgio Odilon. **História e demografia: elementos para um diálogo**. Campinas, SP: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2004.
- NASCIMENTO, Mara Regina do. A Irmandade do Senhor dos Passos e a Santa Casa de Misericórdia: história, caridade e experiências de urbanidade em Porto Alegre/RS. Séculos XVIII-XIX. **Paralellus**, Recife, PE, v. 5, n. 9, p. 93–118, 2014.

NOTESTEIN, Frank Wallace. Population: the long view. In: **Food for the world**. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1945. P. 36–57.

OLIVEIRA, Daniel. “**Os facultativos são obrigados a declarar [...] cor, [...] moléstia**”: mortalidade, atuação médica e pensamento racial em Porto Alegre, na segunda metade do século XIX. 2018. 370 f. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2018.

OLIVEIRA, Daniel. **Morte e vida feminina**: mulheres pobres e medicina da mulher na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1800-1900). 2012. 294 f. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/77738>. Acesso em: 12 abr. 2019.

OLIVEIRA, Joice Fernanda Souza. Forasteiros no oeste paulista: escravos no comércio interno de cativos e suas experiências em Campinas, 1850-1888. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 27., 2013, Natal, RN. **Anais...** São Paulo, SP: ANPUH, 2013. Disponível em: http://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1364737238_ARQUIVO_JoiceOliveira_SimposioTematico_ANPUH2013.pdf.

OMRAN, Abdel R. The epidemiologic transition. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, New York, NY, v. 49, n. 1, p. 509–538, 1971.

OMS. **Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito**: baseada nas recomendações da Nona Conferência de Revisão, 1975, e adotada pela vigésima Assembleia Mundial da Saúde. São Paulo, SP: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português, 1980. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70943/ICD_10_1980_v1_pt_1.pdf?sequence=4%5C&isAllowed=y.

PHELAN, Jo; LINK, Bruce G. Is racism a fundamental cause of inequalities in health? **Annual Review of Sociology**, California, CA, v. 41, n. 18, p. 1–20, 2015.

PÔRTO, Ângela. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 13, n. 4, p. 1019–1027, 2006.

POZZI, Lucia; RAMIRO FARIÑAS, Diego. Infant and child mortality in the past. **Annales de Démographie Historique**, v. 1, n. 129, p. 55–75, 2015.

PRATA, Pedro Reginaldo. A transição epidemiológica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 8, n. 2, p. 168–175, 1992.

PRITCHETT, Jonathan; YUN, Myeong-Su. The in-hospital mortality rates of slaves and freemen: Evidence from Touro Infirmary, New Orleans, Louisiana, 1855–1860. **Explorations in Economic History**, Orlando, FL, v. 46, n. 2, p. 241–252, 2009.

PUPO, Celso Maria de Mello. **Campinas, seu berço e juventude**. Campinas, SP: Academia Campinense de Letras, 1969.

R CORE TEAM. **R – A Language and Environment for Statistical Computing**. Vienna, Austria, 2020. Disponível em: <https://www.R-project.org/>.

READ, Ian. **The hierarchies of slavery in Santos, Brazil, 1822–1888**. Stanford: Stanford University Press, 2012.

RIBEIRO, Maria Alice Rosa. Riqueza e endividamento na economia de plantation açucareira e cafeeira: a família Teixeira Vilela-Teixeira Nogueira, Campinas, São Paulo, século XIX. **Estudos Econômicos**, São Paulo, SP, v. 45, n. 3, p. 527–565, 2015.

RIBEIRO, Maria Alice Rosa. **História sem fim... Inventário da saúde pública**: São Paulo, 1880–1930. São Paulo, SP: Editora da Unesp, 1993.

RIBEIRO, Maria Alice Rosa; JUNQUEIRA, Marili Peres. A saúde pública nas cidades de Rio Claro, São Carlos e Araraquara, em fins do século XIX. In: MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela (Ed.). **Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interfaces**. São Paulo: CD. G. Casa de Soluções e Editora, 2011. P. 235–258.

ROCHA, Leila Alves. **Caridade e poder**: a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Campinas (1871-1889). 2005. 163 f. Dissertação (Mestrado em História Econômica) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, Campinas, 2005. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/286146>. Acesso em: 12 abr. 2019.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. Rio de Janeiro: Hucitec, UNESP, 1994.

RUSSELL-WOOD, Anthony John. **Fidalgos e filantropos**: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1755. Brasília, DF: Editora da Universidade de Brasília, 1981.

SÁ, Isabel dos Guimarães. **As misericórdias portuguesas**: séculos XVI e XVIII. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2013.

SANTOS, Antônio da Costa. **Campinas, das origens ao futuro**: Compra e venda de terra e água e um tombamento na primeira sesmaria da Freguesia de Nossa Senhora da Conceição das Campinas do Mato Grosso de Jundiá (1732–1992). Campinas, SP: Unicamp, 2002.

SANTOS, Gabriela Rotili; BRUNHAUSER, Felipe Farret. Sobre pretos, pardos, mistos e morenos: notas de pesquisa acerca do perfil social dos trabalhadores em Santa Maria nas primeiras décadas do século XX. In: ENCONTRO ESCRAVIDÃO E LIBERDADE NO BRASIL MERIDIONAL, 9., 2019, Florianópolis, SC. **Anais...** Florianópolis, SC: UFSC, 2019.

SANTOS FILHO, Lycurgo; NOVAES, José Nogueira. **A febre amarela em Campinas, 1889-1900**. Campinas, SP: Centro de Memória Unicamp, 1996.

SÃO PAULO. **Anuario Demographico**: secção de estatística demographo-sanitaria. Anno XXXVI – 1929. São Paulo, SP: Imprensa Oficial, 1932. v. 1.

SÃO PAULO. Mensagem enviada ao Congresso Legislativo de São Paulo, a 7 de abril de 1901, pelo Dr. Francisco de Paula Rodrigues Alves, presidente do Estado. In: **Mensagens apresentadas ao Congresso Legislativo de São Paulo pelos presidentes e vice-presidentes em exercício, desde a proclamação da república até o ano de 1916**. São Paulo, SP: Typographia do Diário Oficial, 1901.

SÃO PAULO. Mensagem enviada ao Congresso Legislativo de São Paulo, a 7 de abril de 1897, por Campos Salles, presidente do Estado. In: **Mensagens apresentadas ao Congresso Legislativo de São Paulo pelos presidentes e vice-presidentes em exercício, desde a proclamação da república até o ano de 1916**. São Paulo, SP: Typographia do Diário Oficial, 1897.

SÃO PAULO. Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo de São Paulo, a 7 de abril de 1895, pelo Dr. Bernardino de Campos, presidente do Estado. In: **Mensagens apresentadas ao Congresso Legislativo de São Paulo pelos presidentes e vice-presidentes em exercício, desde a proclamação da república até o ano de 1916**. São Paulo, SP: Typographia do Diário Oficial, 1895.

SÃO PAULO. Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo de São Paulo, pelo presidente do estado, Dr. Bernardino de Campos, no dia 7 de abril de 1894. In: **Mensagens apresentadas ao Congresso Legislativo de São Paulo pelos presidentes e vice-presidentes em exercício, desde a proclamação da república até o ano de 1916**. São Paulo, SP: Typographia do Diário Oficial, 1894.

SÃO PAULO. **Relatório apresentado ao cidadão Dr. Cesário Motta Jr., Secretário dos Negócios do Interior do Estado de São Paulo pelo Diretor da Repartição de Estatística e Archivo, Dr. Antonio de Toledo Piza em 31 de julho de 1894**. Rio de Janeiro, RJ: Typographia Suzinger, 1894.

SÃO PAULO. Mensagem dirigida ao Congresso Legislativo de São Paulo, pelo vice-presidente do Estado, Dr. José Alves de Cerqueira Cesar, no dia de 7 de abril de 1892. In: **Mensagens apresentadas ao Congresso Legislativo de São Paulo pelos presidentes e vice-presidentes em exercício, desde a proclamação da república até o ano de 1916**. São Paulo, SP: Typographia do Diário Oficial, 1892.

SÃO PAULO. **Exposição apresentada ao Dr. Jorge Tibiriçá pelo Dr. Prudente J. de Moraes Barros, 1º governador do Estado de São Paulo ao passar-lhe a administração no dia 18 de outubro de 1890**. São Paulo: Typographia Vanorden & Comp., 1890.

SÃO PAULO. **Relatorio apresentado à Assembléa Legislativa Provincial de São Paulo pelo presidente da provincia, Dr. Pedro Vicente de Azevedo, no dia 11 de janeiro de 1889**. São Paulo: Typographia a Vapor de Jorge Seckler & Comp., 1889.

SÃO PAULO. **Relatorio apresentado à Assembléa Legislativa Provincial de São Paulo pelo presidente da provincia, exmo.. sr. Dr. Francisco de Paula Rodrigues Alves, no dia 10 de janeiro de 1888**. São Paulo: Typographia a Vapor de Jorge Seckler & Comp., 1888.

SÃO PAULO. **Relatório com que o conselheiro João Alfredo Corrêa de Oliveira passou a administração da província de São Paulo ao 1º vice-presidente Barão do Parnahyba no dia 26 de abril de 1886**. São Paulo: Typographia a Vapor de Jorge Seckler & Comp., 1886.

SÃO PAULO. **Relatorio dirigido à Assembléa Legislativa Provincial de S. Paulo pelo 1º vice-presidente da provincia, Conde de Tres-Rios, e apresentado no acto da instalação da mesma Assembléa pelo 4º vice-presidente, dr. Manoel Marcondes de Moura e Costa**. Santos: Typographia a Vapor do Diário de Santos, 1882.

SÃO PAULO. **Relatorio apresentado à Assembléa Legislativa Provincial de S. Paulo pelo presidente da provincia, exm. sr. dr. Sebastião José Pereira, em 2 de fevereiro de 1876**. São Paulo: Typographia do Diário Oficial, 1876.

SCHEFFER, Rafael da Cunha. Escravos do Sul vendidos em Campinas: cativos, negociantes e o comércio interno de escravos entre as províncias do Sul do Brasil e um município paulista (década de 1870). In: ENCONTRO ESCRAVIDÃO E LIBERDADE NO BRASIL MERIDIONAL, 4., 2009. **Anais...** Curitiba, PR: UFPR. Disponível em: <http://www.escravidaoeliberdade.com.br/site/images/Textos4/rafaeldacunhascheffer.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2019.

SCHEFFER, Rafael da Cunha. Redes de comércio interno de cativos: organização dos negociantes na segunda metade do século XIX. **Afro-Ásia**, Salvador, BA, v. 54, p. 151–187, 2016. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/afroasia/article/download/23619/14811>. Acesso em: 25 jul. 2019.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 9, n. 4, p. 895–908, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a11v9n4.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2019.

SCHWARTZ, Stuart B. **Escravos, roceiros e rebeldes**. Bauru, SP: Edusc, 2001.

SEMEGHINI, Ulysses Cidade. **Campinas (1860 a 1980): agricultura, industrialização e urbanização**. 1988. 282 f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1988. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/285747>. Acesso em: 12 abr. 2019.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. Tradução: Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SHRYOCK, Henry S.; SIEGEL, Jacob S. **The methods and materials of demography**. New York, NY: Academic Press, 1973.

SIMÕES, Angelo. **Tratamento da febre amarela pela água clorada**. Rio de Janeiro, RJ: Typographia Besnard Frères, 1897.

SINGER, Paul; CAMPOS, Oswaldo; OLIVEIRA, Elisabeth Machado de. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 1981.

SLENES, Robert Wayne. **The demography and economics of brazilian slavery, 1850–1888**. 1976. Tese (Doutorado em Filosofia) – Stanford University, Department of History, Stanford, 1976.

SOUSA, Jorge Luiz Prata de. Tráfico e escravidão: cuidar da saúde e da doença dos africanos escravizados. **Almanack**, Guarulhos, SP, n. 22, p. 153–206, 2019.

SZRETER, Simon. Rethinking McKeown: The Relationship Between Public Health and Social Change. **American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 92, n. 5, p. 722–725, 2002.

TELAROLLI JÚNIOR, Rodolpho. Assistência sanitária e condições de saúde na zona rural paulista na Primeira República. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Brasília, DF, v. 14, n. 1/2, p. 3–17, 1997.

TOMASCHEWSKI, Cláudia. **Entre o Estado, o mercado e a dádiva: a distribuição da assistência a partir das irmandades da Santa Casa de Misericórdia nas cidades de Pelotas e Porto Alegre, Brasil, c.1847 - c.1891**. 2014. 242 f. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/5776>.

UNITED NATIONS. **World Population Prospects**. 2019. Disponível em: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf. Acesso em: 24 jul. 2019.

VANDENBROUCKE, Jan P.; VANDENBROUCKE-GRAULS, Christina M. J. E. A note on the history of the calculation of hospital statistics. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, MD, v. 127, n. 4, p. 699–702, abr. 1988.

WITTER, Nikelen Acosta. **Males e epidemias: sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX)**. 2007. 292 f. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007. Disponível em: http://www.historia.uff.br/stricto/teses/Tese-2007_WITTER_Nikelen-S.pdf. Acesso em: 12 abr. 2019.

XAVIER, Regina Célia. Dos males e suas curas: práticas médicas na Campinas oitocentista. In: CHALHOUB, Sidney et al. (Org.). **Artes e ofícios de curar no Brasil**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003. P. 331–354.

YUN, Myeong-Su. **Normalized equation and decomposition analysis: computation and inference**. Bonn, Alemanha, 2005. Disponível em: <http://ftp.iza.org/dp1822.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.

YUN, Myeong-Su. Hypothesis tests when decomposing differences in the first moment. **Journal of Economic and Social Measurement**, Amsterdam, Países Baixos, v. 30, n. 4, p. 295–304, 2005.

YUN, Myeong-Su. Decomposing differences in the first moment. **Economics Letters**, Amsterdam, Países Baixos, v. 82, n. 2, p. 275–280, 2004.

ZHAO, Zhongwei. Historical demography. In: ZENG, Yi (Ed.). **Encyclopedia of life support systems**. Oxford: EOLSS Publications, 2010. P. 38–65.

APÊNDICE A

RESULTADOS DOS MODELOS DO CAPÍTULO 4

TABELA 27 – Características dos atendidos pelo hospital da Santa Casa de Misericórdia em termos de proporção relativa, 1876-1900

Variáveis	1876-1888				1889-1900	
	Escravos	Livres	Bras. Livres	Est. Livres	Brasileiros	Estrangeiros
<i>Sexo</i>						
Homens	65,8	78,6	66,8	78,2	73,4	83,8
Mulheres	34,2	21,4	33,2	21,8	26,6	16,2
<i>Idade</i>						
0 a 14 anos	13,0	8,9	12,3	9,2	10,5	7,0
15 a 59 anos	80,2	82,9	80,7	82,6	81,8	79,7
60 anos ou mais	6,8	8,3	7,0	8,2	7,8	13,3
<i>Estado conjugal</i>						
Casados	30,2	40,5	38,4	36,7	49,2	55,4
Não casados	69,8	59,5	61,6	63,3	50,8	44,6
<i>Perfil de morbidade</i>						
Doenças Infecciosas	60,6	54,3	54,5	57,2	48,6	47,9
Doenças Não Infecciosas	37,7	44,5	44,6	41,3	50,8	51,1
Doenças Mal definidas	3,5	5,1	4,7	4,5	3,3	3,1

Fonte: Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

TABELA 28 – Estimativas das razões de chance (RC) de mortalidade dos modelos de regressão logística segundo condição jurídica de liberdade – Santa Casa de Misericórdia de Campinas, 1876-1888

Variáveis	Escravos			Livres		
	Coefficiente	Erro Padrão	RC	Coefficiente	Erro Padrão	RC
Intercepto	0,363	0,488	1,44	-0,778*	0,417	0,46
<i>Sexo</i>						
Feminino	(Referência)			(Referência)		
Masculino	-0,178	0,132	0,84	-0,859***	0,099	0,42
<i>Idade</i>						
0 a 14 anos	(Referência)			(Referência)		
15 a 59 anos	-0,413**	0,174	0,66	0,183	0,173	1,20
60 anos ou mais	0,799***	0,261	2,22	1,374***	0,212	3,95
<i>Estado Conjugal</i>						
Não casado	(Referência)			(Referência)		
Casado	-0,250*	0,148	0,78	-0,022	0,096	0,98
<i>Perfil de morbidade</i>						
Doenças Infecciosas	(Referência)			(Referência)		
Doenças Não Infecciosas	-0,217	0,134	0,81	-0,213*	0,093	0,81
Doenças Mal definidas	1,299***	0,406	3,67	1,086***	0,323	2,96
<i>Mês de admissão</i>						
Janeiro a Abril	(Referência)			(Referência)		
Mai a Agosto	0,151	0,163	1,16	0,282***	0,115	1,33
Setembro a Dezembro	0,016	0,147	1,02	0,114	0,116	1,12
<i>Ano de admissão</i>						
1876	(Referência)			(Referência)		
1877	-1,899***	0,549	0,15	-0,227	0,424	0,80
1878	-1,894***	0,534	0,15	-0,642	0,419	0,53
1879	-1,310***	0,502	0,27	-0,367	0,405	0,69
1880	-0,977*	0,503	0,38	-0,400	0,414	0,67
1881	-1,304***	0,496	0,27	-0,942**	0,412	0,39
1882	-1,591***	0,487	0,20	-0,570	0,405	0,57
1883	-1,393***	0,495	0,25	-0,750*	0,403	0,47
1884	-2,086***	0,495	0,12	-0,948**	0,398	0,39
1885	-1,084	0,470	0,34	-0,842**	0,396	0,43
1886	-1,144*	0,468	0,32	-0,515	0,388	0,60
1887	-1,675***	0,480	0,19	-0,744*	0,389	0,48
1888	-1,194*	0,604	0,30	0,465	0,433	1,59
Observações	1.870			4.004		

Fonte: Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

Nota: ***, ** e * denotam significância estatística de 1%, 5% e 10%, respectivamente.

TABELA 29 – Estimativas das razões de chance (RC) de mortalidade dos modelos de regressão logística segundo nacionalidade da população livre – Santa Casa de Misericórdia de Campinas, 1876-1888

Variáveis	Brasileiros Livres			Estrangeiros Livres		
	Coefficiente	Erro Padrão	RC	Coefficiente	Erro Padrão	RC
Intercepto	-1,017*	0,578	0,36	-0,796	0,633	0,45
<i>Sexo</i>						
Feminino	(Referência)			(Referência)		
Masculino	-0,809***	0,123	0,45	-0,398*	0,203	0,67
<i>Idade</i>						
0 a 14 anos						
15 a 59 anos	0,485**	0,212	1,62	-0,230	0,301	0,79
60 anos ou mais	1,348***	0,290	3,85	1,374***	0,339	3,95
<i>Estado Conjugal</i>						
Não casado	(Referência)			(Referência)		
Casado	-0,016	0,129	0,98	0,038	0,147	1,04
<i>Perfil de morbidade</i>						
Doenças Infecciosas	(Referência)			(Referência)		
Doenças Não Infecciosas	-0,328***	0,125	0,72	-0,079	0,144	0,92
Doenças Mal definidas	1,057**	0,514	2,88	1,137***	0,424	3,12
<i>Mês de admissão</i>						
Janeiro a Abril	(Referência)			(Referência)		
Mai a Agosto	0,457***	0,153	1,58	0,102	0,179	1,11
Setembro a Dezembro	0,188	0,154	1,21	-0,002	0,180	1,00
<i>Ano de admissão</i>						
1876	(Referência)			(Referência)		
1877	-0,158	0,591	0,85	-0,496	0,626	0,61
1878	-0,526	0,587	0,59	-0,946	0,609	0,39
1879	-0,314	0,575	0,73	-0,564	0,572	0,57
1880	0,179	0,577	1,20	-1,868***	0,695	0,15
1881	-0,719	0,581	0,49	-1,258**	0,587	0,28
1882	-0,499	0,578	0,61	-0,847	0,567	0,43
1883	-0,675	0,581	0,51	-0,935*	0,557	0,39
1884	-0,885	0,568	0,41	-1,157	0,558	0,31
1885	-0,597	0,560	0,55	-1,313*	0,566	0,27
1886	-0,572	0,556	0,56	-0,581**	0,539	0,56
1887	-0,420	0,559	0,66	-1,045**	0,539	0,35
1888	0,408	0,613	1,50	0,385	0,612	1,47
Observações	1.879			2.125		

Fonte: Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

Nota: ***, ** e * denotam significância estatística de 1%, 5% e 10%, respectivamente.

TABELA 30 – Estimativas das razões de chance (RC) de mortalidade dos modelos de regressão logística segundo nacionalidade da população – Santa Casa de Misericórdia de Campinas, 1895-1900

Variáveis	Brasileiros			Estrangeiros		
	Coefficiente	Erro Padrão	RC	Coefficiente	Erro Padrão	RC
<i>Sexo</i>						
Feminino	(Referência)			(Referência)		
Masculino	-0,464***	0,110	0,63	-0,200	0,172	0,82
<i>Idade</i>						
0 a 14 anos	(Referência)			(Referência)		
15 a 59 anos	0,436**	0,186	1,55	0,423	0,342	1,53
60 anos ou mais	1,035***	0,245	2,82	1,391***	0,371	4,02
<i>Estado Conjugal</i>						
Não casado	(Referência)			(Referência)		
Casado	0,243**	0,105	1,27	0,340**	0,145	1,40
<i>Perfil de morbidade</i>						
Doenças Infecciosas	(Referência)			(Referência)		
Doenças Não Infecciosas	-0,391***	0,099	0,68	-0,358***	0,131	0,70
Doenças Mal definidas	2,280***	0,783	9,77	0,504	0,625	1,65
<i>Mês de admissão</i>						
Janeiro a Abril	(Referência)			(Referência)		
Mai a Agosto	-0,233**	0,122	0,79	-0,129	0,160	0,88
Setembro a Dezembro	-0,188	0,120	0,83	-0,157	0,158	0,85
<i>Ano de admissão</i>						
1895	(Referência)			(Referência)		
1896	-0,560***	0,212	0,57	-0,400*	0,225	0,67
1897	-0,344*	0,193	0,71	-0,613***	0,232	0,54
1898	-0,438**	0,192	0,65	-0,560**	0,230	0,57
1899	-0,786***	0,193	0,46	-0,339	0,227	0,71
1900	-0,927***	0,190	0,40	-1,065***	0,244	0,34
<i>Intercepto</i>	-0,227	0,249	0,80	-1,240***	0,398	0,29
Observações	2.134			1.633		

Fonte: Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1876a).

Nota: ***, ** e * denotam significância estatística de 1%, 5% e 10%, respectivamente.