



GABRIELA DOS SANTOS MORAES

UM OLHAR SOBRE A MORTALIDADE EM CAMPINAS NO FINAL DO
SÉCULO XIX: IMIGRANTES E NATIVOS

CAMPINAS-SP
2014



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

GABRIELA DOS SANTOS MORAES

**UM OLHAR SOBRE A MORTALIDADE EM CAMPINAS NO FINAL DO
SÉCULO XIX: IMIGRANTES E NATIVOS**

ORIENTADORA: PROFA. DRA. MARIA SILVIA CASAGRANDE BEOZZO BASSANEZI

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de
Filosofia e Ciências Humanas, para obtenção do Título de
Mestra em Demografia.

Este exemplar corresponde á versão final da Dissertação, defendida
pela aluna Gabriela Dos Santos Moraes, orientada pela Profa. Dra.
Maria Silvia Casagrande Beozzo Bassanezi e aprovado no dia
21/03/2014.

**CAMPINAS-SP
2014**

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Cecília Maria Jorge Nicolau - CRB 8/338

M791o Moraes, Gabriela dos Santos, 1988-
Um olhar sobre a mortalidade em Campinas no final do século XIX :
imigrantes e nativos / Gabriela dos Santos Moraes. – Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Maria Silvia Casagrande Beozzo Bassanezi.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de
Filosofia e Ciências Humanas.

1. Mortalidade - Campinas (SP) - Séc. XIX. 2. População. 3. Migração. I.
Basanezi, Maria Silvia Casagrande Beozzo. II. Universidade Estadual de
Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: A look at mortality in Campinas in the late nineteenth century :
immigrants and natives

Palavras-chave em inglês:

Mortality - Campinas (SP) - 19th century

Population

Migration

Área de concentração: Demografia

Titulação: Mestra em Demografia

Banca examinadora:

Maria Silvia Casagrande Beozzo Bassanezi [Orientador]

Ana Silvia Volpi Scott

Tirza Aidar

Data de defesa: 21-03-2014

Programa de Pós-Graduação: Demografia



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

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, em sessão pública realizada em 21 de março de 2014, considerou a candidata GABRIELA DOS SANTOS MORAES aprovada.

Este exemplar corresponde à redação final da Tese defendida e aprovada pela Comissão Julgadora.

Profa. Dra. Maria Sílvia Casagrande Beozzo
Bassanezi

A handwritten signature in blue ink, reading "Mazzavanti", is written over a horizontal line.

Profa. Dra. Ana Silvia Volpi Scott

A complex, scribbled handwritten signature in blue ink is written over a horizontal line.

Profa. Dra. Tirza Aidar

A handwritten signature in blue ink, reading "Tirza Aidar", is written over a horizontal line.

RESUMO

Este trabalho procura analisar as características da mortalidade e especificamente e os seus diferenciais entre brasileiros e estrangeiros, que tiveram seus óbitos registrados no município de Campinas durante a última década do século XIX. Este período compreende uma série de transformações no Brasil e principalmente no estado de São Paulo, com a vinda de grande fluxo de imigrantes, sobretudo europeus, para o trabalho na cafeicultura em expansão – até então a principal atividade econômica do país. A entrada de um grande fluxo de imigrantes, que buscava em Campinas oportunidades de trabalho na lavoura e em menor escala no núcleo urbano em desenvolvimento, alterou o volume e a dinâmica demográfica do município. A chegada desses imigrantes coincidiu com momentos de mortalidade extraordinária (surto epidêmico de febre amarela) e outros de mortalidade ordinária (em níveis de normalidade) que também impactaram a dinâmica demográfica local. Nesse período, Campinas vivenciou um padrão típico da mortalidade da pré-transição epidemiológica, com flutuações da mortalidade – determinadas pelos surtos de febre amarela – com uma alta mortalidade infantil e marcada pela entrada massiva de imigrantes. Mostrou também que os diferenciais de mortalidade entre os brasileiros e estrangeiros deveu-se, sobretudo, ao volume e estrutura etária desses segmentos e à aclimação dos imigrantes na nova terra, que estavam sujeitos às condições de vida semelhantes à maioria dos nativos.

Palavras Chave: Mortalidade; População; Imigração; Campinas; Século XIX.

ABSTRACT

This study analyzes the characteristics of mortality and specifically their differentials between foreigners and Brazilians, who had their deaths registered in Campinas during the last decade of the nineteenth century. This period comprises a series of transformations in Brazil and especially in the state of São Paulo, with the arrival of a large influx of immigrants, above all from Europe, to work in the booming coffee culture - hitherto the main economic activity of the country. The entry of a large influx of immigrants, who sought in Campinas job opportunities in farming and to a lesser extent in the urban core development, altered the volume and demographic dynamics of the municipality. The arrival of these immigrants coincided with moments of extraordinary mortality (outbreaks of yellow fever) and other ordinary mortality (in normal range) which also impacted the local population dynamics. During this period, Campinas experienced a typical pattern of mortality of pre - epidemiological transition, with mortality fluctuations - determined by yellow fever outbreaks - with a high infant mortality and marked by the massive influx of immigrants. It also showed that the mortality differentials between Brazilians and foreigners was due primarily to the volume and age structure of these segments and the acclimation of immigrants in the new land, which were subjected to conditions similar to most native life.

Keywords: Mortality; Population; Immigration; Campinas; Nineteenth Century.

Sumário

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 - PONTO DE PARTIDA PARA A ANÁLISE DA MORTALIDADE	5
1.1 Transições: demográfica e epidemiológica	5
1.2 A mortalidade na pré-transição: um panorama	11
CAPÍTULO 2 - A PESQUISA	25
2.1 O trabalho com os óbitos	30
2.2 Soluções metodológicas	37
CAPÍTULO 3 - MUNICÍPIO EM FOCO: CAMPINAS	41
3.1 Localização e configuração territorial	41
3.2 Das origens a 1890	43
3.3 População e imigração no final do século XIX	46
3.4 Questões de saúde pública	52
CAPÍTULO 4 - À LUZ DOS DADOS: ASPECTOS DA MORTALIDADE EM CAMPINAS (1890-1900)	57
4.1 Os óbitos no decorrer do tempo e suas causas	57
4.2 Óbitos de estrangeiros vis à vis de brasileiros	78
4.3 A mortalidade de crianças	92
4.4 Óbitos por cor	95
4.5 Óbitos por local de falecimento	98
CONCLUSÃO	103
REFERÊNCIAS	105
ANEXO I	111

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao CNPq pelo financiamento da minha pesquisa e pelo Programa de Pós-Graduação do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas por todo apoio acadêmico fornecido.

É indispensável o agradecimento também a meus pais, por toda minha vida, educação e formação, demonstrando o resultado desse esforço através de mais essa vitória. A meus irmãos e cunhados por estarem sempre ao meu lado em todos os momentos, assim como todos meus familiares e amigos que compartilharam desse período na minha vida. Também aos meus sobrinhos Fernando e Isabela que me proporcionaram momentos de alegria e descontração durante esse tempo de trabalho.

Foi notória a participação e acompanhamento de minha orientadora Maria Silvia Bassanezi, e dos funcionários do Núcleo de Estudos de População – Elza Berquó, que muito me ajudaram e estiveram comigo em todas as dificuldades e bons momentos. Foi notório também o empenho dos outros funcionários que além de me ajudarem nas questões acadêmicas também me ampararam em todo tempo que estive no NEPO, desde o estágio.

Em especial agradeço à Adriana, que em pouco mais de 4 anos de convivência se tornou mais que amiga de trabalho. Também aos funcionários Rogério e Raquel da equipe de informática, que tiveram participação assídua para que este trabalho fosse concluído.

Agradeço aos meus professores de Pós-graduação pela compreensão das minhas dificuldades no início do mestrado e pela consideração quanto às dificuldades que passei quando quase perdi meu pai e tive que passar noites no hospital. Isso marcou muito a minha vida e com certeza será lembrado para sempre.

Agradeço a todos que me incentivaram e tiveram paciência comigo nos períodos de tensão e dificuldades, próprios de um trabalho acadêmico em nível de Pós-graduação.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Óbitos por ano – Campinas 1890 a 1900	58
Gráfico 2 - Óbitos por ano segundo a nacionalidade – Campinas 1890 a 1900	59
Gráfico 3 - Porcentagem da localidade dos óbitos por febre amarela ocorridos em Campinas por mês – 1890 a 1900	60
Gráfico 4 - Sazonalidade dos óbitos por febre amarela e outras causas – Campinas 1890 a 1900	65
Gráfico 5 - Principais causas de óbitos por mês – Campinas 1890 a 1900	66
Gráfico 6 - Sazonalidade dos óbitos por classificação das causas de morte – Campinas 1890 a 1900	67
Gráfico 7 - Porcentagem de óbitos de brasileiros por sazonalidade segundo principais causas de morte – Campinas 1890 a 1900	70
Gráfico 8 - Porcentagem de óbitos de estrangeiros por sazonalidade segundo principais causas de morte – Campinas 1890 a 1900	71
Gráfico 9 - Porcentagem de óbitos de brasileiros por sazonalidade segundo principais causas de morte sem febre amarela – Campinas 1890 a 1900	73
Gráfico 10 - Porcentagem de óbitos de estrangeiros por sazonalidade segundo principais causas de morte sem febre amarela – Campinas 1890 a 1900	73
Gráfico 11 - Óbitos por nacionalidade – Campinas 1890 a 1900	79
Gráfico 12 - Causa de morte por nacionalidade – Campinas 1890 a 1900	80
Gráfico 13 - Óbitos de estrangeiros por causa de morte – Campinas 1890 a 1900	80
Gráfico 14 - Óbitos de brasileiros por causa de morte – Campinas 1890 a 1900	81
Gráfico 15 - Pirâmide etária dos falecidos em Campinas – 1890 a 1900	85
Gráfico 16 - Pirâmide etária dos brasileiros falecidos em Campinas – 1890 a 1900	85
Gráfico 17 - Pirâmide etária dos estrangeiros falecidos em Campinas – 1890 a 1900	86
Gráfico 18 - Pirâmide etária dos brasileiros falecidos por febre amarela em Campinas – 1890 a 1900	90

Gráfico 19 - Pirâmide etária dos estrangeiros falecidos por febre amarela em Campinas – 1890 a 1900	90
Gráfico 20 - Óbitos de 0 a 14 anos de idade por nacionalidade do pai – Campinas 1890 a 1900	92
Gráfico 21 - Porcentagem dos óbitos de 0 a 14 anos de idade por causa de morte – Campinas 1890 a 1900	94
Gráfico 22 – Óbitos por faixa etária segundo a cor – Campinas 1890 a 1900	96
Gráfico 23 - Óbitos de estrangeiros por faixa etária segundo a cor – Campinas 1890 a 1900	97
Gráfico 24 – Locais de óbitos ocorridos em Campinas – 1890 a 1900	99
Gráfico 25 - Porcentagem dos locais de óbito por nacionalidade – Campinas 1890 a 1900	100

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Óbitos por ano – Campinas 1890 a 1900	34
Tabela 2 - População total e escrava – Campinas 1836-1886	45
Tabela 3 - População por idade – Campinas 1890	48
Tabela 4 - População por sexo e cor – Campinas 1890	49
Tabela 5 - População segundo a instrução – Campinas 1890	49
Tabela 6 - População segundo a religião – Campinas 1890	49
Tabela 7 - Imigrantes entrados no Estado de São Paulo segundo grupos nacionais – 1885 -1934	51
Tabela 8 - População segundo sexo e nacionalidade – Campinas 1890	52
Tabela 9 - Óbitos por ano segundo principais causas – Campinas 1890 a 1900	62
Tabela 10 - Sazonalidade dos óbitos por classificação das causas de morte – Campinas 1890 a 1900	68
Tabela 11 - Porcentagem dos óbitos de brasileiros por sazonalidade segundo a classificação das causas de morte – Campinas 1890 a 1900	69
Tabela 12 - Porcentagem dos óbitos de estrangeiros por sazonalidade segundo a classificação das causas de morte – Campinas 1890 a 1900	71
Tabela 13 - Óbitos de estrangeiros menores de 5 anos de idade por causa de morte – Campinas 1890 a 1900	72
Tabela 14 - Porcentagem das principais causas de óbitos de brasileiros por sazonalidade – Campinas 1890 a 1900	74
Tabela 15 - Porcentagem das principais causas de óbitos de estrangeiros por sazonalidade – Campinas 1890 a 1900	75
Tabela 16 - Óbitos segundo a classificação de causas de morte – Campinas 1890 a 1900	76
Tabela 17 - Porcentagem de causa de morte relativa às epidemias e doenças infecciosas	77

Tabela 18 - Porcentagem de causas de morte relativa aos aparelhos circulatório e respiratório	77
Tabela 19 - Porcentagem de causas de morte relativa aos aparelhos digestivo e anexos	78
Tabela 20 - Óbitos por nacionalidade – Campinas 1890 a 1900	78
Tabela 21 - Porcentagem dos óbitos de brasileiros segundo sexo por causa de morte – Campinas 1890 a 1900	82
Tabela 22 – Porcentagem dos óbitos de estrangeiros segundo sexo por causa de morte – Campinas 1890 a 1900	83
Tabela 23 – Óbitos por sexo segundo a nacionalidade – Campinas 1890 a 1900	84
Tabela 24 - Porcentagem dos óbitos de brasileiros segundo a classificação das causas de morte – Campinas 1890 a 1900	87
Tabela 25 - Porcentagem dos óbitos de estrangeiros segundo a classificação das causas de morte – Campinas 1890 a 1900	88
Tabela 26 - Óbitos por febre amarela segundo a nacionalidade – Campinas 1890, 1892 e 1896	89
Tabela 27 - Óbitos segundo grupo de idade – Campinas 1890 a 1900	92
Tabela 28 - Taxas de mortalidade infantil por ano selecionado – Campinas 1890 a 1900	93
Tabela 29 - Óbitos segundo a cor do falecido – Campinas 1890 a 1900	95
Tabela 30 - Óbitos por cor segundo as causas de morte – Campinas 1890 a 1900	98

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Registro Civil de óbito – Campinas 1890	28
Figura 2 - Registro Civil de óbito – Campinas 1899	29
Figura 3 - Planilha dos registros civis de óbitos de 1890 do Município de Campinas	32
Figura 4 - Exemplo dos dados das Estatísticas Demógrafo-Sanitárias do Estado de São Paulo de 1897 - óbitos por idade segundo o município	35
Figura 5 - Exemplo dos dados das Estatísticas Demógrafo-Sanitárias do Estado de São Paulo de 1897 - óbitos por causa de morte segundo o município	36

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Variáveis dos registros civis de óbitos de Campinas – 1890 a 1900	31
Quadro 2 - Classificação das causas de morte 1894	64

LISTA DE MAPA

Mapa 1 - Localização de Campinas no Estado de São Paulo

42

INTRODUÇÃO

Esta dissertação teve origem quando participei do processo de digitalização e digitação dos assentos do Registro Civil de nascimento, casamento e óbito de Campinas, através de uma bolsa de Treinamento Técnico nível um, vinculado ao Projeto Temático FAPESP “Observatório das Migrações em São Paulo: Fases e Faces do Fenômeno Migratório no Estado de São Paulo” desenvolvido junto ao NEPO/UNICAMP — entre maio de 2010 a abril de 2012. Neste período, o contato com aqueles registros, criou a expectativa para realizar uma pesquisa demográfica de caráter histórico.

Trabalhando com os registros de casamentos, o projeto inicial para a dissertação era analisar o comportamento da nupcialidade no município de Campinas no final do século XIX e início do século XX. No entanto, ao começar as digitações dos registros de óbitos, e realizar algumas leituras referentes aos trabalhos realizados na Fiocruz, o ímpeto de trabalhar com esses registros foi maior, momento este em que minha opção e objetivo tomaram completamente outro rumo. Essa mudança se deve ao fato da minha identificação pessoal com a fonte, inclusive pouco trabalhada, que me fez sentir necessidade de conhecer mais sobre as possibilidades de estudos oferecidas por esses registros de óbitos.

Dessa forma, neste trabalho procurei verificar – tendo em vista a teoria da transição epidemiológica ocorrida já no final do século XVIII e durante o século XIX em alguns países da Europa e à luz da bibliografia – as características da mortalidade no município de Campinas entre 1890 e 1900, principalmente no que diz respeito às causas de morte e se houve diferenças e quais na mortalidade dos brasileiros em relação aos imigrantes europeus no contexto da migração em massa para o país.

Nas últimas décadas do século XIX e primeiras décadas do século XX, principalmente após a abolição da escravatura (1888) e a implantação do regime republicano no país (1889), o Brasil elaborou uma política de incentivo à imigração para reposição da mão de obra para as lavouras de café, então em crescente desenvolvimento. O Brasil, principalmente o Estado de São Paulo, recebeu milhares de imigrantes, sobretudo europeus, que contribuíram de forma significativa para as transformações demográficas da população brasileira e paulista em particular.

Tal imigração teve o maior número de entradas na década de 1890, período da recém-criada política de subsídios que facilitou o processo de transferência de pessoas –principalmente trabalhadores – para este país. Essa década é importante por ser um momento em que a recepção desses imigrantes está em processo de estruturação e exigindo uma maior atenção por parte do governo dos fenômenos correlacionados a tal processo (abrigo nas hospedarias de imigrantes, remanejamento dos trabalhadores, inspeção de higiene etc.).

A chegada de grande quantidade de pessoas num curto período de tempo e a mobilidade espacial a que estavam sujeitas no território paulista contribuíram para a proliferação de diversas doenças devido ao contato com diferentes agentes etiológicos, tanto por parte dos brasileiros como dos estrangeiros. A partir de 1889 ao início do século XX, vários surtos epidêmicos de febre amarela somaram-se aos de varíola, lepra e outros já existentes na população. Tendo em vista não prejudicar a cafeicultura e a importação de mão de obra, o governo, tanto em nível federal, estadual, como municipal, se empenhou em conter as epidemias e realizou campanhas sanitárias para tal finalidade.

Campinas, nessa época, era um dos principais municípios do estado de São Paulo. Além de sua proeminente produção de café e de um núcleo urbano em desenvolvimento – que introduziu milhares de imigrantes estrangeiros em suas terras – sua localização permitiu que se tornasse um prestigioso entroncamento ferroviário, um ponto importante de ligação entre a capital do estado e o interior. Com uma elite agrária bem estabelecida, tinha uma participação de peso em decisões políticas do estado de São Paulo. A escolha de Campinas como espaço de análise da mortalidade também se deve à oportunidade de poder trabalhar com o banco de dados: *Eventos vitais: Campinas 1875-1921* disponibilizado à pesquisa.

Tendo em vista o objetivo proposto – a análise da mortalidade através da busca de diferenciais por nacionalidade, em um momento de transformações socioeconômicas, políticas e demográficas e de surtos epidêmicos de febre amarela – esta dissertação está dividida em quatro capítulos.

No primeiro intitulado “Ponto de partida para a análise da mortalidade” é apresentado um resumo dos fundamentos teóricos das chamadas transições demográfica e epidemiológica – que mostram as transformações ocorridas na mortalidade ao longo dos séculos XVIII e XIX, principalmente na Europa – e um panorama de alguns estudos realizados na Europa, América Latina e Brasil que contribuíram para a elaboração desta dissertação.

As fontes e a metodologia de trabalho são apresentadas no segundo capítulo “A pesquisa”. Nele são descritas as fontes, as dificuldades encontradas, que são características próprias dessas fontes históricas e a metodologia de trabalho escolhida para o manuseio e análise dos dados. Este capítulo é importante, pois nele que se encontram relatados os principais desafios deste estudo, que aborda tema e período pouco trabalhado de uma perspectiva demográfica.

No terceiro capítulo, “Município em foco: Campinas” é traçado o contexto histórico deste município, as características de sua população, marcada pela imigração internacional, e as preocupações governamentais com as questões sanitárias.

O quarto capítulo, “À luz dos dados: o comportamento da mortalidade em Campinas” traça o perfil da mortalidade neste município, sua evolução ao longo dos anos de 1890 a 1900. De modo especial, analisa a sazonalidade dos óbitos, os períodos de mortalidade ordinária (em tempos de normalidade) e extraordinária (em tempos de epidemias) e as principais causas de óbito. Identifica os diferenciais de mortalidade entre a população nativa e estrangeira, quanto ao sexo, idade e causas de morte. Por fim, na medida em que o tempo e a fonte permitiram, apresenta alguns aspectos relativos à mortalidade de crianças, à mortalidade por cor e por local de ocorrência dos óbitos.

Ao compor um quadro da mortalidade no contexto da Campinas do final do século XIX, à luz das fontes e da bibliografia, esta dissertação avançou no sentido de captar nuances e diferenciais de mortalidade entre segmentos populacionais que em pesquisas de caráter mais geral poderiam passar despercebidos. Dessa forma, deu mais um passo para o conhecimento da mortalidade na pré-transição demográfica e epidemiológica, onde os estudos de uma perspectiva mais demográfica são ainda muito poucos.

CAPÍTULO 1 - PONTO DE PARTIDA PARA A ANÁLISE DA MORTALIDADE

Para o presente estudo sentiu-se a necessidade de conhecer sobre a Transição Demográfica e Epidemiológica para poder contextualizar seu objetivo. Dessa forma, apresenta-se a seguir um breve panorama dessas teorias, suas diversas concepções e alguns estudos que trataram da mortalidade no passado europeu, latino-americano e brasileiro, que serviram para fundamentar esta pesquisa.

1.1 Transições: demográfica e epidemiológica

A partir de meados do século XVIII, sobretudo no começo do século XIX, as populações de algumas das regiões mais desenvolvidas na época, principiaram um processo de transformação que ficou conhecido como Transição Demográfica¹. Tais mudanças tiveram início nos países do noroeste da Europa (França, Inglaterra, Suécia), na América (Estados Unidos e Canadá), e aos poucos se estenderam aos outros países até chegar aos países em desenvolvimento no século XX.

Após um período de crescimento lento e relativamente constante devido à alta mortalidade, controladora de uma fecundidade também alta e uma população predominantemente jovem (denominado “Antigo Regime”), aqueles países passaram a observar um período de diminuição do número de mortes e uma reorganização estrutural da população. No contexto dessas mudanças, verificou-se – de modo simplista – uma redução nas taxas de mortalidade seguida por uma queda posterior da fecundidade, com um período intermediário de rápido crescimento da população. A seguir, configurou-se um regime demográfico em que ambas as taxas tornam-se baixas e, com o tempo, a população tornou-se mais envelhecida, com elevada sobrevivência, baixa reprodução e orientada à estabilidade (LIVI-BACCI, 1999).

Esse modelo de transição – redução da mortalidade desencadeando o processo e precedendo a queda da natalidade, relacionados a questões econômicas e sociais características de um desenvolvimento crescente – nem sempre ocorreu. Em alguns lugares, o declínio da

¹ Para uma explicação clara acerca dessa teoria e suas contraposições, ver: Patarra (1973).

mortalidade não precedeu o da natalidade², a transição demográfica não ocorreu ao ritmo ditado pelo desenvolvimento econômico e sem a interferência de outros fatores demográficos, como a migração, por exemplo, que em alguns lugares teve papel importante nesse processo (LIVI-BACCI, 1999)³. As regiões ou países que iniciaram a transição mais cedo viram tais mudanças ocorrerem mais lentamente, enquanto que, nos lugares onde esse processo foi mais tardio seu desenrolar foi mais rápido. É preciso lembrar, no entanto, que em pleno século XXI, há países (como alguns da África) que se encontram ainda na fase inicial de transição, visto que apenas recentemente despontam uma mudança nas suas populações.

Em que se pesem diferenças quanto à duração do declínio da mortalidade e à sua intensidade, é fato que a mortalidade declinou no decorrer do tempo na maioria das regiões do planeta e que esse recuo se deu por uma queda nos óbitos por doenças infecciosas, transformando o perfil da mortalidade da população. Durante praticamente três séculos (se considerarmos o século XVIII como o início das transformações mais consistentes), a modernização, proporcionada inicialmente pela Revolução Agrícola e posteriormente pela Revolução Industrial, trouxe inovações como melhoramentos na produção de alimentos, no saneamento básico, no desenvolvimento em técnicas de tratamento da saúde, que somados a aspectos culturais e condições socioeconômicas acabaram por contribuir para o declínio dos níveis de mortalidade verificado em muitas regiões. Os avanços médicos – descobrimento da origem da maior parte das doenças infecciosas –, a aplicação desses e de outros conhecimentos científicos, a organização dos serviços de saúde, as melhorias das condições de vida, alimentação e higiene, influenciaram comportamentos individuais, inclusive, nos cuidados com as crianças, que fizeram com que elas passassem a sobreviver em maior número, o que por sua vez influenciou na expectativa de vida aumentando a longevidade da população.

À medida que a incidência das doenças infecciosas diminuiu, gradualmente houve um aumento da proporção de doenças crônicas e degenerativas, e traumatismos como causas de morte. A partir dessa constatação, Omran (1971) propôs uma teoria para explicar essa transformação na mortalidade, que ficou conhecida como Transição Epidemiológica. Fundamentando-se em torno das mudanças ocorridas a partir do século XVIII, estipulou três

² Estudos realizados por Knodel (1974) *apud* Mattiessen-Mccann (1978) mostraram que apenas 34 das 71 províncias da Alemanha tiveram a redução da mortalidade precedendo a da fecundidade.

³ Para um maior entendimento dessas transformações ver Livi-Bacchi (1999).

fases para a transição de um antigo regime de mortalidade para um regime novo, com taxas em níveis mais baixos e com perfil diferenciado:

1. Fase de peste e fome: quando a mortalidade é alta e flutuante, impedindo assim, o crescimento populacional sustentado. Nesta fase, a esperança média de vida ao nascer é baixa e variável, oscilando entre 20 e 40 anos.

2. Fase de recuo das pandemias: quando a mortalidade declina progressivamente e os picos epidêmicos se tornam menos frequentes ou desaparecem. A esperança média de vida ao nascer aumenta de forma constante, passando para a faixa entre 30 e 50 anos. O crescimento da população é sustentado.

3. Fase de doenças degenerativas e “doenças provocadas pelo homem”⁴: quando a mortalidade continua a diminuir e eventualmente se aproxima da estabilidade em um nível relativamente baixo. A esperança média de vida ao nascer aumenta gradualmente ultrapassando os 50 anos. É durante essa fase que a fecundidade se torna o fator crucial no crescimento da população.

Esse modelo clássico de transição epidemiológica foi atribuído, sobretudo aos países ocidentais que se industrializaram primeiramente. O autor buscou também analisar as diferenças de tempo no início da transição, sua duração e os estágios (ou fases) em que se encontram (OMRAN, 1971).

Posteriormente, Omran fez uma revisão de sua teoria (que foi revisada por alguns colaboradores em 1998) acrescentando mais duas fases às três iniciais. A quarta fase se refere à diminuição das doenças cardíacas (apesar de sua predominância ainda como uma das principais causas de morte) e um aumento ainda maior da expectativa de vida. A população começa a envelhecer através do crescente melhoramento na área medicinal (novos medicamentos, novos tratamentos, cirurgias cardíacas mais aprimoradas), das mudanças no estilo de vida das pessoas (menos fumantes, mais exercícios físicos, melhora nutricional) e da saúde preventiva. Essa fase se encontra em vigor apenas em alguns países da Europa Ocidental, na Austrália, Nova Zelândia, Japão, Canadá e Estados Unidos. A quinta fase, que seria uma espécie de projeção futura da situação da saúde no mundo, é apenas uma extensão da quarta fase, em que a expectativa de vida

⁴ O termo ‘doenças provocadas pelo homem’ está de acordo com a tradução do inglês: “*The Age of Degenerative and Man-Made Diseases*”, do texto de Omran (1971). Na tradução francesa de Vallin e Meslé (2010) aparece a expressão: “*l’âge des maladies de dégénérescence et des maladies de société*”; de qualquer forma, o sentido de ambas expressões se refere à doenças provocadas pelo novo modo de vida do homem e sua rotina agitada.

passaria dos 90 anos de idade, principalmente entre as mulheres (OMRAN, 1998). No entanto, isso implicaria uma série de outros problemas como depressão, aumento da dependência, aumento da morbidade por doenças crônicas etc. Além disso, Omran (1998) empreendeu análises da transição epidemiológica segundo grupo de idade, sexo, regiões e temporalidade.

Omran observou que a diminuição da fecundidade, nos países mais desenvolvidos, com o passar do tempo também contribuiu para a queda da mortalidade infantil e materna, pois o risco de complicações no parto foi ficando cada vez menor. Nos demais países esse processo não seguiu esse caminho, visto que a transição foi tardia e acelerada. Com os melhoramentos técnicos medicinais mais apropriados esses países apenas no fim da segunda metade do século XX começaram a experimentar a queda da fecundidade (OMRAN, 1998, p. 105).

A primeira fase da transição epidemiológica, considerada a fase das doenças infecciosas, conjugadas a períodos de fome, guerras e epidemias produzindo flutuações no alto nível da mortalidade, foi detectada já em 1662 por John Graunt (1939) *apud* Omran (1971). Seu estudo analisou as causas de morte através dos atestados de óbito ocorridos em Londres no século XVII. Segundo ele, “cerca de três quartos de todas as mortes foram atribuídos a doenças infecciosas, desnutrição e complicações de maternidade. A doença cardiovascular e o câncer foram responsáveis por menos de seis por cento” (OMRAN, 1971, p. 738).

No que diz respeito à primeira fase da Transição Epidemiológica, Omran mostrou que a maior parte dos óbitos ocorre entre o grupo infantil e jovem da população – a mortalidade infantil chega a aproximadamente 200/1000, valor que só começa a declinar no decorrer da segunda fase. Outra constatação interessante é que o grupo mais afetado pelos óbitos é o dos homens. Além disso, as mulheres aproximam o risco de morte dos homens apenas quando em idades procriativas (OMRAN, 1998).

A teoria da transição epidemiológica, elaborada por Omran desencadeou um amplo debate sobre as razões que estão por trás da evolução da mortalidade, a partir do século XVIII. Estudiosos de diversas áreas têm buscado analisar tais características à luz de suas bases teóricas (economistas, demógrafos, epidemiologistas, entre outros). Eles sentiram necessidade de revisar a teoria de Omran – considerada muito generalizante – salientando que é preciso avaliar os diversos fenômenos que interagem com a mortalidade e a saúde em geral: aspectos demográficos, ambientais, sociais e biológicos, transformações culturais, evolução científica e tecnológica, desenvolvimento econômico e político. Nesse debate, surgiu então o conceito de “transição

sanitária” (LERNER, 1973 *apud* PEREZ BRIGNOLI, 2010; FRENK et al., 1991), na qual a transição epidemiológica seria apenas uma componente (VALLIN; MESLÉ, 2010, p. 07).

Lerner (1973) *apud* Perez Brignoli (2010) alertou para a necessidade de se levar em conta as questões comportamentais, fatores sociais e culturais das populações. Para Julio Frenk; Lozano e Bobadilla (1994), a transição sanitária poderia se dividir em duas partes: a primeira composta pelas mudanças epidemiológicas, um processo de longo prazo com mudanças na saúde da população, nos padrões de enfermidades, evoluindo de agudas para crônicas; a segunda seria quanto à atenção à saúde, se referindo às mudanças da resposta social frente às condições de saúde (FRENK; LOZANO; BOBADILLA, 1994, p. 82; PEREZ BRIGNOLI, 2010, p. 161). No entanto, não há um consenso sobre como trabalhar com esses fenômenos. É claro que os determinantes da saúde são complexos e envolvem uma série de questões que abrangem os níveis individuais e coletivos. Ainda assim, é evidente que em cada estudo de caso, se requer “a inclusão de aspectos particulares não incluídos na abordagem geral” (PEREZ BRIGNOLI, 2010, p. 161).

Nessa discussão sobre a evolução da mortalidade a partir do século XVIII há divergências também quanto à força dos determinantes que impulsionaram as mudanças no perfil dessa variável demográfica no decorrer do tempo. Preston (1975) e Arraiga e Davis (1969) acreditam que medidas governamentais (técnicas de prevenção de saúde) e os melhoramentos medicinais, assim como, um aumento no nível educacional da população, foram responsáveis pela diminuição dos índices de mortalidade, muito mais do que o desenvolvimento econômico. Pendleton (1985) *apud* Prata (1992), por sua vez, enfatiza que no período em que a mortalidade já está em um nível mais baixo, o desenvolvimento econômico é responsável por reduzir a mortalidade infantil e aumentar a expectativa de vida da população⁵.

É preciso lembrar que o próprio Omran (1971; 1998) afirmou que melhoramentos medicinais só tiveram influência sobre a mortalidade de fato a partir do século XX, principalmente nos países que tiveram uma transição mais acelerada (ideia compartilhada também por MCKEOWN, 1976). Segundo ele, durante os períodos iniciais da transição epidemiológica (séculos XVIII e XIX), principalmente nos países mais desenvolvidos do ocidente, a medicina não estava desenvolvida a ponto de surtir grande efeito na redução da mortalidade. Imperavam no momento práticas de curandeirismo, ou conhecimentos baseados em

⁵ Para melhor compreensão dessas discussões, ver: Prata (1992).

princípios culturais com medicações de produtos naturais. A redução da mortalidade, para este autor, estaria muito mais relacionada a questões políticas, culturais e sociais (incluindo as práticas de higiene). De todo modo, todos os autores relacionam a transição epidemiológica a questões econômicas, políticas, medicinais, culturais e ambientais.

Na América Latina, esse processo de transição epidemiológica teve início bem mais tarde, apenas a partir da segunda metade do século XX⁶. Frenk; Lozano e Bobadilla (1994) demonstram que apesar das doenças infecciosas terem perdido o lugar predominante entre as principais causas de morte, ganhando espaço as doenças não transmissíveis e os traumatismos, as primeiras ainda ocupam um lugar importante. Isto pode estar relacionado às deficiências de planejamento urbano, à dependência científica e tecnológica, a um precário sistema de atenção à saúde da população.

Não se pode esquecer que uma série de outros mecanismos está envolvida nesse processo de transição de forma decisiva. Uma delas se refere aos fatores de risco, que mudam conforme a modernização (expansão da educação, níveis de nutrição, serviços higiênicos, entre outros). Outra está relacionada à letalidade das doenças, que com o avanço da medicina, traz melhores condições de tratamento, aumentando a sobrevivência da população. Também a diminuição dos riscos de mortalidade materna e infantil, com diminuição de gravidez de alto risco, além da queda da fecundidade (após 1950 e, principalmente, a partir de 1970), que alteram a estrutura etária das populações – aumentando o número de adultos e velhos e, portanto, as doenças próprias dessas faixas etárias; ao mesmo tempo diminui a mortalidade por doenças infecciosas, mais características dos grupos de até 4 anos de idade (FRENK; LOZANO; BOBADILLA, 1994).

O Brasil insere-se dentro dessa conjuntura, tendo iniciado seu processo de transição epidemiológica a partir da década de 1930. Desde então, no decorrer do tempo a mortalidade geral e a infantil foram se reduzindo, a expectativa de vida passou a alcançar níveis mais elevados e mudanças no perfil epidemiológico ocorreram:

⁶ No trabalho de Frenk; Lozano e Bobadilla (1994) foram analisados 15 países divididos em três grupos: o primeiro se caracteriza como uma transição acelerada, tendo iniciado a queda da mortalidade na primeira metade do século XX (Argentina, Uruguai e Cuba); o segundo grupo corresponde ao grupo mais lento, que começaram a luta contra as doenças transmissíveis durante o século XIX e início do XX (Colômbia, Chile, Panamá, Brasil, Venezuela e Costa Rica); já o terceiro grupo refere-se aos que iniciaram esse processo só recentemente, visto que a diminuição dessas doenças só se viu a partir da segunda metade do século XX (Equador, México, República Dominicana, Guatemala, Peru e El Salvador) (FRENK; LOZANO; BOBADILLA, 1994).

No Brasil, a taxa geral de mortalidade decresceu de 18/1000, em 1940, para uma taxa estimada entre 6/1000 e 8/1000 em 1985; a expectativa de vida cresceu 20 anos no mesmo período, e a mortalidade infantil decresceu de 160/1000, em 1940, para 85/1000, em 1980. Já o estudo da mortalidade por causas no período de 1930 a 1985 (capitais) evidencia uma similaridade ao ocorrido anteriormente na Europa. Em 1930, as doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 46% do total de óbitos, enquanto em 1985 elas representavam apenas 7%. Por outro lado, as doenças do aparelho circulatório representavam 12% em 1930 e chegaram a 33% em 1985. Aumentos ainda mais pronunciados ocorreram com as neoplasias e com as mortes consequentes às causas externas: ambas tiveram um aumento proporcional de 3% para 12% (PRATA, 1992, p. 170).

Esse processo não foi uniforme em todo o território brasileiro. Diferenças de níveis de mortalidade por causas foram observadas entre as regiões brasileiras, no entanto, as mudanças no perfil geral da mortalidade entre elas tiveram configurações semelhantes (PRATA, 1992). Assim como Frenk; Lozano e Bobadilla (1994), em pesquisa para um período mais recente (1980-1990). Barreto et al. (1996) constatam que: embora as doenças infecciosas e parasitárias tenham dado lugar às doenças do sistema circulatório, neoplasias e traumatismos, elas ainda incidem de forma significativa na morbidade brasileira.

Um olhar na produção sobre a morbimortalidade no Brasil revela que este tema tem recebido muita atenção por parte dos demógrafos, mas com raras exceções eles e os chamados historiadores-demógrafos, se aventuraram no conhecimento desse tema em relação ao período anterior aos anos 1930/1940. Em outros termos, pouco se debruçaram em análises da morbimortalidade focando o início do século XX, o século XIX e séculos anteriores a este, ao contrário do que ocorreu na Europa – em menor escala, também em países da América Latina (Argentina, Uruguai, Chile, Costa Rica, México) – onde avanços importantes foram realizados no âmbito da Demografia Histórica, que muito contribuíram para o entendimento da transição epidemiológica nessas regiões.

1.2 A mortalidade na pré-transição: um panorama

No seu livro sobre a história da população de europeia Livi-Bacci (1999) traçou um consistente panorama sobre a mortalidade no passado dessa população — baseando-se nos inúmeros estudos realizados pelos demógrafos-historiadores para diferentes regiões do continente

Europeu — do qual este trabalho se vale, dado que, no âmbito dessa dissertação, não é possível dar conta daqueles estudos e de todos os aspectos tratados.

Na Europa do Antigo Regime, não só a mortalidade infantil era muito alta (morriam entre 1/5 e 1/3 dos nascidos), como também havia uma variabilidade grande entre as regiões europeias. Enquanto na Inglaterra, por exemplo, a taxa de mortalidade infantil era de 165/1000 (entre 1750-1799), na Rússia, em meados do século XVIII, chegava a 334/1000; no continente em geral, em média, chegavam facilmente a 200/1000. Para essas altas taxas, agiam com maior ou menor intensidade uma série de fatores: amamentação, situação ambiental, clima, formas e técnicas de criação, cuidados dispensados à criança, trabalho da mãe fora de casa, vigilância, densidade demográfica e infecções.

Na França, Inglaterra e Suécia a mortalidade infantil começou a dar sinais de queda já em meados do século XVIII e primeiras décadas do XIX. Nas demais áreas do continente europeu a mortalidade infantil não diferiu muito, durante uma boa parte do século XIX, dos níveis alcançados no século anterior. Livi-Bacci (1999), no entanto, lembra que, naqueles países que iniciaram o descenso da mortalidade precocemente, esta experimentou uma fase de estancamento ou recuperação a partir da quarta década do século XIX:

Este estancamiento en países que ya habían realizado notables progresos anteriormente (o que, en todo caso, habían alcanzado moderados para la época) y que se hallaban a la cabeza del desarrollo se ha interpretado como el precio pagado por el proceso de industrialización y urbanización, y por el correspondiente deterioro de las condiciones de vida por parte de la población (...). A partir de los años noventa [1890], los retrocesos de la mortalidad son ya bastante apreciables en todas las partes (...) (LIVI-BACCI, 1999, p. 152).

Embora seja muito difícil dimensionar, os estudos realizados identificaram uma série de fatores que contribuíram para o declínio da mortalidade e o aumento da sobrevivência na Europa a partir do século XIX e início do século XX: melhoria dos níveis de vida (principalmente da alimentação), descobrimentos médicos, sua aplicação, preocupação com saúde pública, medidas sanitárias e mudanças de comportamento.

Quanto ao interesse público contribuindo na queda da mortalidade infantil, Catherine Rollet (1992) *apud* Livi-Bacci (1999) identificou três etapas:

La primera, que entre 1860 y 1880, se refiere a la toma de conciencia del problema social que representa la elevada mortalidad infantil, que destruye un recurso muy valioso de las familias y de la colectividad (...) La segunda etapa, entre 1880 y 1900, se desarrolla gracias al impulso de los descubrimientos de la bacteriología; la correcta alimentación infantil se convierte en la cuestión central para vencer las enfermedades intestinales. En la tercera etapa, que se inicia a comienzos del siglo XX, o problema de la reducción de la mortalidad infantil se une a la necesidad de proteger la salud de la madre para proteger mejor al niño. Estas etapas se pueden entender también como un proceso de sustitución gradual de la “cantidad” de niño por la “calidad”, como confirmación de la importancia que asume la inversión humana en las familias y en la sociedad (LIVI-BACCI, 1999, p. 152-153).

Em livro publicado anteriormente Livi-Bacci (1988) chamou a atenção também para a complexidade existente na investigação da mortalidade no passado no tocante às fontes, metodologias e técnicas. Nesse caso, é preciso registrar, que da mesma forma que não é possível dar conta da produção dos demógrafos historiadores sobre mortalidade ou de uma parcela razoável dela, repassar todas as fontes, técnicas e metodologias utilizadas, apontando suas virtualidades e dificuldades, também excede as possibilidades desta dissertação. Quanto às fontes, os registros paroquial e civil de óbitos, assim como registros de sepultamentos, são os mais utilizados pelos estudiosos que, além desses, fazem uso com maior ou menor intensidade de outras fontes de caráter quantitativo e qualitativo.

No que diz respeito a métodos e técnicas, estes são muitos e alguns bastante complexos - envolvem modelos, técnicas matemático-estatísticas e computacionais, com maior ou menor grau de dificuldade. Vários deles publicados em obras que se tornaram clássicas da Demografia e da Demografia Histórica de modo especial⁷: retro projeção (*inverse projection*), estimativas de indicadores de mortalidade, métodos específicos para identificar os anos de crise de mortalidade, metodologias de reconstituição de família e de paróquias, análises epidemiológicas a partir da classificação de causas de morte e outros mais.

Sem possibilidade de se ater a eles, aqui parece oportuno chamar a atenção sobre a importância que assumiu a metodologia *Reconstituição de Paróquias* de Norberta Amorim (2000) para os avanços dos estudos da mortalidade em Portugal e o conhecido como *método Dupâquier* para análises das crises de mortalidade. A metodologia proposta por Amorim, baseada nos princípios da reconstituição de famílias de Fleury-Henry⁸, permite acompanhar os indivíduos cruzando as informações dos registros paroquiais com as de diversas outras fontes nominativas,

⁷ Henry (1977); Charboneau (1970); Charboneau e Larose (1979); Coale (1986); Reher e Shofield (1993).

⁸ Sobre a metodologia de reconstituição de famílias ver Henry (1977).

abrindo, dessa forma, inúmeras possibilidades de análise, incluindo a capacidade de captar a mobilidade e também mortalidade individuais, “fenômenos demográficos de mais difícil abordagem na Demografia Histórica” (AMORIM, 2000, p. 97). A título de exemplo, utilizando esta metodologia, Barbosa (1998) acompanhou a vida dos filhos de mulheres casadas e fecundas, de uma vila portuguesa (Esporões), durante os séculos XVII e XX, constatando variações da mortalidade infanto-juvenil em relação à idade materna, ordem de nascimentos e intervalos de nascimentos. Maia (1995) tendo como espaço de pesquisa a cidade do Porto entre 1880-1920 analisou os padrões de mortalidade, as principais causas de morte (enterite e diarreias, doenças de foro pulmonar e tuberculose), a tendência à diminuição das taxas de mortalidade no período, concluindo:

(...) o estudo da evolução das causas de morte fornece a primeira chave para a compreensão destas tendências e um cálculo da evolução da percentagem com que cada um dos três grupos de doenças acima referenciados contribuiu para o declínio da mortalidade, poderia fornecer um quadro fundamentado da transição sanitária do Porto contemporâneo e chegadas importantes à compreensão do processo de desenvolvimento econômico e social desta cidade (MAIA, 1995, p. 242).

O método Dupâquier proposto para medir a intensidade das crises de mortalidade⁹, foi utilizado por pesquisadores, inclusive latino-americanos, que se debruçaram sobre o estudo de tais crises, suas causas e o contexto que as envolviam. Fixando-se apenas em autores portugueses, Barbosa e Godinho (2001) analisou os períodos de crise de mortalidade no antigo e novo regime em Portugal, demonstrando não só a redução das crises no decorrer do tempo, mas também que elas tiveram uma magnitude baixa.

Recuando no tempo (séculos XVI e XVII), Rodrigues (2004) traçou o perfil da mortalidade em períodos de crises, constatando uma mudança na mortalidade por pestes para uma mortalidade cada vez mais causada por outras doenças contagiosas, verificando que, mesmo nessas épocas de mortalidade extraordinária, aconteceu mudança no perfil da mortalidade:

A grande causa de morte é a peste no século XVI e ainda um pouco no seguinte, mas já sem a intensidade do passado. Com o século XVII aumenta a importância e frequência das crises devidas a tifo e outros males contagiosos, alguns dos quais predominantemente infantis, como no caso das febres de origem desconhecida, tifóides,

⁹ A fórmula relaciona a diferença entre a mortalidade do ano de crise e a mortalidade média do período “normal” em que se situa, com o desvio típico da mortalidade anual no mesmo período (CELTON, 1998, p. 279).

disenterias e varíola. Este quadro nosológico não será alterado nas suas grandes linhas, excepto com a *colera morbus* de 1833 e 1855-1856, que marcam o fim de ciclo (RODRIGUES, 2004, p. 92).

Celton (1998) e Pollero (2013) estão entre os autores latino-americanos que em suas análises da mortalidade normal e crises de mortalidade, respectivamente em Córdoba na Argentina (séculos XVI- XX) e Montevidéu, no Uruguai (1757-1860) também se valeram do método de Dupâquier, mas não ficaram somente na medição da intensidade das crises.

Celton descreveu os momentos de crise de mortalidade, seu alcance, o espaço geográfico e demográfico, chamando a atenção para a complexidade dos mecanismos envolvidos. Ressaltou o caráter diferencial da sobremortalidade nas camadas da população - ou seja, as crises afetavam os setores mais desprotegidos socialmente, economicamente e biologicamente - e a permanência de um elevado nível de mortalidade, no período analisado, devido à recorrência das crises, cujos agentes patógenos das enfermidades encontravam fortes vetores nas condições sociais e econômicas da população (CELTON, 1998).

Pollero (2013) aplicando distintas metodologias demográficas analisou a mortalidade em tempos de normalidade e de mortalidade extraordinária, identificando os anos de crise de mortalidade, seus determinantes e na medida em que as fontes permitiram investigou a mortalidade por causa na população de Montevidéu entre 1757 a 1860:

La primera observación es la baja esperanza de vida al nacer, que oscila entre los 33y 41 años, de acuerdo con la elevada mortalidad general. Su comportamiento es muy fluctuante, con incrementos y retrocesos, sin aparecer aún una tendencia sostenida. Directamente asociado a ello, la mortalidad infantil presenta tasas muy altas en torno a los 200-220 por mil en la mayor parte del período, mostrando las oscilaciones características que este indicador presenta, cuando no están controladas las principales causas de muerte infantil (POLLERO, 2013, p. 12).

Observou também que as doenças infecciosas eram as principais responsáveis pela perda de vidas e entre essas as principais eram as transmitidas pelo ar, seguidas pelas transmitidas pela água e alimentos. Concluiu, que ao longo de todo período analisado, a mortalidade era elevada, com flutuações características da mortalidade pré-transicional. Mas, se comparadas com outras populações pré-industriais, era moderadamente alta e suas crises de magnitude intermediária. A análise empreendida sugere que Montevidéu estaria começando a passar por uma fase precoce da transição da mortalidade (POLLERO, 2013).

No que diz respeito ao Brasil, os estudos das doenças, da saúde e da morte no âmbito da Demografia Histórica, avançaram menos do que se poderia esperar. Receberam mais atenção de historiadores da saúde que dos historiadores-demógrafos.

Em 1997 Marcílio, que já havia empreendido estudos que tratavam da mortalidade no passado brasileiro, alertava para a necessidade de tais estudos:

As políticas de saúde pública, iniciadas com a criação das primeiras faculdades de Medicina no País (1810), com o avanço da Medicina Higiênica, com a luta em prol da extinção das epidemias mais mortíferas, com a criação dos cemitérios públicos, o saneamento das cidades, as campanhas de vacinação e de combate à mortalidade infantil estão aguardando seus demógrafos historiadores. (...) pouca coisa sabemos sobre as epidemias mais mortíferas que atacaram a população brasileira no passado (...); sobre as tenebrosas condições sanitárias das maiores cidades do século passado [século XIX] e atual [século XX]; sobre as políticas públicas de saúde; e sobre as curvas e as causas da mortalidade geral e diferencial. De resto, não é a mortalidade infantil um dos primeiros indicadores das condições socioeconômicas e sanitárias de uma população? (MARCÍLIO, 1997, p. 135-136).

Marcílio em dois de seus livros que se tornaram clássicos da Demografia Histórica brasileira *A cidade de São Paulo: povoamento e população 1750-1850* (1973)¹⁰, e *Caiçaras: terra e população* (1986) analisou a mortalidade em dois contextos diferentes: a capital da Província e a vila litorânea de Ubatuba.

Em relação à capital, trabalhou os dados dos registros paroquiais de óbito da Paróquia da Sé, a partir de 1796 quando os registros são mais completos. Identificou: diferenças no ritmo sazonal da mortalidade no decorrer dos anos (que diminui) e dos meses (grande mortalidade em novembro, dezembro e janeiro), uma taxa bruta de mortalidade para a população livre de 54,4/1000 (1797-1801) e 46,0/1000 na primeira metade do século XIX¹¹, uma mortalidade infantil bastante alta na população livre (ultrapassava 200/1000), a ocorrência de epidemias frequentes e a predominância das doenças infecciosas e parasitárias, como era de se esperar, fazendo as maiores vítimas, seguidas pelas mortes por doenças do parto e doenças puerperais.

Em *Caiçaras*, Marcílio (1986), baseando-se em listas nominativas e mapas da população de Ubatuba entre fim do século XVIII e início do XIX, analisou a evolução da população caiçara. Através de cálculos de probabilidades de morte, índices de sobrevivência adulta e esperança de vida das pessoas que atingiram idades maiores que 10 anos, identificou

¹⁰ A edição original em francês foi publicada em 1968.

¹¹ Para os escravos as informações disponíveis não permitiram calcular a taxa bruta de mortalidade.

uma mortalidade alta tanto entre os escravos como na população livre, uma baixa expectativa de vida estava ligada à mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias de caráter endêmico, visto que as epidemias não assolaram tal população no período analisado. Os dados de Marcílio, não permitiram conhecer as taxas de mortalidade infantil, mas os cálculos que realizou para a faixa etária entre 5-9 anos mostraram taxas elevadas, o que a levou a concluir que também em Ubatuba a mortalidade infantil ultrapassou 200/1000 no período analisado:

As doenças que mais matavam, então, as pessoas de todas as idades eram as disenterias (câmeras de sangue, como diziam) junto com a varíola, as febres de todo tipo (malignas ou maleitas “gástricas, de tifo, reumatismais”) (...). A mortalidade era ainda causada pelas hidropisias (do fígado), pelo áscaris (lombriga) e frequentemente pelas “sarnas recolhidas” ou “sarnas lavadas”, (...) mostrando assim o precário estado sanitário e higiênico da população caiçara. (...) Ubatuba conheceu, a partir da segunda metade do século XIX, também fortes mortandades devidas a epidemias recém-chegadas da Europa, para o litoral brasileiro: febre amarela e o cholera-morbus (MARCÍLIO, 1986, p. 183).

Marcílio (s/d) também realizou estudos sobre mortalidade no Rio de Janeiro Imperial, mostrando que em meados do século XIX 40% a 60% das crianças que nasciam morriam até os 12 meses, aferindo que as condições socioeconômicas e sanitárias da população carioca na época eram péssimas - *um verdadeiro genocídio de crianças corria anualmente na cidade imperial do Rio de Janeiro*, principalmente nos meses chuvosos de janeiro a março. Destacou também que:

Ao lado das taxas elevadíssimas da mortalidade infantil, das frequentes e quase anuais altas da curva da morte devidas a surtos epidêmicos vários, a doença crônica que mais matou os habitantes do Rio de Janeiro em todo o período analisado foi a tuberculose pulmonar (17% das mortes), depois as diarreias e disenterias (MARCÍLIO, s/d).

A mortalidade escrava também foi objeto de estudos de vários historiadores, como Slenes, Karasch, Cunha, Pôrto entre outros.

Slenes (1975), privilegiando como espaço de análise o município de Campinas (estado de São Paulo) entre 1850-1888, trouxe revelações importantes sobre a mortalidade entre os escravos, em que se pesem possíveis sub-registros de óbitos entre esse segmento social. Com base em informações extraídas de inventários, matrículas de escravos e outras fontes de caráter quantitativo e qualitativo – sobre as quais elaborou uma consistente análise crítica – e com técnicas de análise demográfica (uso de modelo de mortalidade Coale e Demeney) - demonstrou

que a mortalidade entre os escravos era alta e que melhorou após 1850, quando subiu o valor do escravo com o fim do tráfico negreiro e, em consequência, aumentou a preocupação dos proprietários com os cuidados com a saúde dos seus cativos. Slenes chamou também a atenção para o fato de que as taxas de mortalidade escrava não eram tão diferentes das atribuídas à população como um todo:

The high mortality rates of the Brazilian slaves were primarily a reflection of poverty, malnutrition and inadequate health services in the country as a whole, and only secondarily the harsh conditions peculiar to slavery (SLENES, 1975, p. 368).

Mostrou ainda que os escravos diferiam da população em geral muito mais no que diz respeito à fecundidade que à mortalidade. Foi a combinação de alta mortalidade e baixa fecundidade que fez a demografia escrava profundamente diferente da população brasileira como um todo.

Karasch (2000) dedicou um capítulo do seu livro sobre a vida dos escravos no Rio de Janeiro, na primeira metade do século XIX, à análise da mortalidade desses cativos, porque segundo ela o exame dos que morriam e adoeciam *têm muito a dizer sobre como era ser escravo*. Partindo das informações contidas no Registro Paroquial, no Arquivo da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, nos registros de sepultamento e de navios e outras fontes, apontou, além de uma mortalidade infantil muito alta, a existência de diferencial de mortalidade por sexo e entre escravos brasileiros e africanos. De um modo geral, a mortalidade masculina era maior que a feminina, no entanto, em algumas paróquias a feminina predominava. Enquanto os homens escravos tivessem taxas de mortalidade mais altas que as mulheres, algumas fontes sugeriram que a mortalidade das escravas era maior durante os anos vulneráveis da procriação, o que limitava o número de filhos por mulher e prejudicava a reprodução da população escrava:

Pode-se supor que os primeiros dez anos após a chegada [no Brasil] com doze a catorze anos de idade eram aqueles em que as mulheres ficavam grávidas e tinham filhos, portanto a porcentagem mais alta de mortes femininas talvez devesse a complicações de parto (KARASCH, 2000, p. 149).

A experiência da mortalidade da população escrava brasileira foi consideravelmente diversa da dos africanos – entre 50% e 80% dos escravos nascidos no Brasil morriam com menos de 19 anos. As mortes superavam os batismos nos anos anteriores a 1850.

Quanto à existência de taxas mais altas de mortalidade entre os escravos que entre os livres, a autora atribui, inclusive, ser um:

(...) resultado claro do grande número de novos africanos importados, que morriam dentro de três anos a partir da chegada. Portanto, os efeitos do tráfico iam muito além da mortalidade infame da travessia, pois enquanto os traficantes introduziam novos africanos no Rio, eles continuavam a morrer durante o processo de “aclimatação” (KARASCH, 2000, p. 166).

Com a abolição do tráfico as taxas de mortalidade começaram a cair e o impacto da mortalidade por febre amarela resultou menor para os escravos que para os livres.

Karasch (2000) chegou a conclusões semelhantes às de Slenes ao reforçar que moradias, roupas, alimentação cuidados médicos inadequados contribuía muito mais para mortes prematuras. Era mais provável que o escravo morresse mais por doenças contagiosas, devido às más condições de via e trabalho e menos por castigos cruéis e excessivos praticados por seus donos.

Por sua vez, Cunha (2009) chegou também a conclusões próximas aos autores citados anteriormente, nas poucas páginas de sua tese de doutorado dedicado ao tema da mortalidade de escravos. Essa autora contabilizou os óbitos de escravos ocorridos no município de Franca (Estado de São Paulo) entre 1808 a 1888 e registrados na paróquia de Nossa Senhora da Conceição de Franca, chamando a atenção para as dificuldades de análise mais elaborada, dado à subnumeração de óbitos e à ausência de informações nos respectivos registros.

Sobre os estudos da mortalidade no Brasil, é preciso destacar a importante contribuição das investigações realizadas no Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz) em Manguinhos, no que diz respeito à saúde, doença e morte no passado brasileiro. Tais estudos tratam, inclusive, de questões de saúde pública, questões políticas, e desenvolvimento da medicina no Brasil.

No âmbito deste Instituto, Pôrto (2006), dedicou suas pesquisas ao conhecimento da morbimortalidade entre os escravos. Cruzando fontes dos arquivos hospitalares, cartoriais e eclesiásticos, com fontes iconográficas e literatura médica para analisar a história do sistema de saúde dos escravos no Brasil do século XIX, abordou questões relativas à variedade de

tratamento dispensado aos escravos de acordo com os interesses dos senhores, as práticas de curandeirismo dos africanos e o modo como foram abordadas as questões dos tratos e doenças dos escravos.

Ainda em relação aos trabalhos da Fiocruz, no que tange a visões da medicina e tratamento em relação aos negros e seu modo de vida, Abreu (2007) analisou os avanços medicinais, sobretudo em fins do século XVIII, observando as enfermidades dos negros e sua representatividade, mostrando que a alta mortalidade entre os escravos era preocupação corrente no governo português e ela tinha caráter econômico. Nogueira (2012), por sua vez, a partir da análise da vida e trabalho dos negros, avaliou o trabalho dos cirurgiões d'além-mar, discutindo práticas médicas antigas, consideradas salvadoras das conquistas do novo mundo.

Até o momento, o panorama aqui elaborado, sobre os estudos de mortalidade no Brasil, privilegiou os que se dedicaram à análise no período da Colônia e Império brasileiro. Outros, no entanto, ultrapassaram esse período, chegando às margens do final do século XIX e início do XX, como, por exemplo, o de Alves (1999), que analisou a representação da mortalidade nos discursos médicos a partir das Estatísticas Demógrafo-Sanitárias através das causas de morte e do perfil da mortalidade no período de 1903 a 1915 no estado de São Paulo, destacando que a higiene era considerada a principal influenciadora da morbidade. Bertolli Filho (2001) trabalhou o aspecto social na história da tuberculose no Brasil, que inclui questões como o desenvolvimento da medicina no contexto político, inclusive na era Vargas, e os debates dentro dos próprios profissionais da saúde quanto às medidas mais eficientes. Gazêta (2006) trouxe um panorama da doença da varíola no Brasil abordando a história da doença e sua contribuição para a formação das organizações governamentais para erradicação da mesma.

As epidemias que assolaram o Brasil a partir da segunda metade do século XIX e primeiras décadas do século XX, também foram objeto de estudos de historiadores da saúde. De um modo geral estes estudos trazem informações e análises sobre: o desenvolvimento da doença, como se propagaram as informações, o comportamento da população e das autoridades frente à epidemia, as práticas de intervenção para combatê-la, o pânico reinante e como a epidemia afetou a vida das pessoas e localidades envolvidas. Mostram que as epidemias não foram tão “democráticas” como se pensava, atingindo mais a população mais empobrecida.

No que tange apenas ao Estado de São Paulo, Santos Filho e Novaes (1996) apresentou um estudo minucioso sobre as epidemias de febre amarela em Campinas entre 1889-

1900 – reconstituindo uma breve história do município, o surgimento desses surtos de epidemia e as ações governamentais a seu respeito. Telarolli Jr. (1996a) estudou as relações entre poder e saúde. Focou suas análises sobre o município paulista de Araraquara, dedicando também uma atenção especial aos surtos epidêmicos de febre amarela, suas implicações sobre o cotidiano da cidade situada em meio à zona cafeeicultora paulista na década de 1890. Também Bertolli Filho (2003) e Bertucci-Martins (2004), como resumiu Bassanezi (2012a) trouxeram revelações importantes sobre a gripe espanhola de 1918 na cidade de São Paulo, ou seja, sobre:

O desenvolvimento da doença, como se propagaram as informações (por parte da população, da imprensa e do Estado), as atitudes da população e das autoridades locais em relação à epidemia, a crise enfrentada pela medicina oficial durante a mesma, as práticas de intervenção para combatê-la, a oferta de medicamentos, as formas alternativas de cura, o pânico reinante, a xenofobia, discriminação e medo gerados, como a gripe afetou a vida das pessoas e das cidades. Demonstraram que a epidemia não foi tão “democrática” como pensavam muitos, mas atingiu, sobretudo, as camadas mais pobres da população (BEROLLI FILHO, 2003), chegaram a perguntar, inclusive, o quanto o alerta, representado pela lembrança das epidemias de febre amarela, que assolou alguns municípios paulistas, na década final do século XIX e primeiros anos do século XX, tornou esses municípios mais aptos a enfrentar o flagelo da gripe em 1918 (BERTUCCI-MARTIS, 2005; BASSANEZI, 2012a).

Bassanezi (2012a), de uma perspectiva mais demográfica, mapeou a presença e a trajetória dessa epidemia em território paulista no ano de 1918, o ritmo e a intensidade da mesma e traçou o perfil demográfico da população atingida pela gripe no último trimestre de 1918, chamando também a atenção para os efeitos que ela produziu sobre a nupcialidade e a natalidade.

Nesse panorama, resta chamar a atenção para estudos que trouxeram informações para o conhecimento da morbimortalidade no chamado período de imigração de massa, mesmo sem ter sido esta a preocupação primeira. Neste caso, encontram-se os estudos realizados por Scarano (1974) e Aissar (1976), que buscaram através da análise das informações contidas nos atestados de óbitos do município de Rio Claro, de 1875-1930, conhecer as condições de vida dos imigrantes estrangeiros e os negros que se fixaram e morreram no local. Scarano (1974) privilegiando a população estrangeira branca verificou as condições de vida desta população e sua relação com as condições econômicas e do ambiente, a adaptabilidade ou sua falta ao meio, através da análise das causas de morte, da sazonalidade dos óbitos, da mortalidade por sexo e idade, a postura perante a morte:

Em relação ao imigrante, o que afetava sobremaneira é o fato de, quando se vai para um lugar diferente, encontram-se germens diferentes, para o quais não se tem imunidade, que é preciso adquirir (...). Apesar de ser as [doenças infecciosas e parasitárias] que mais afetavam a população, esse índice não assustava tanto o imigrante como as doenças tropicais que lhe pareciam mais mortíferas e desconhecidas. Mesmo se maior parte dos países europeus, a mortalidade já começara a diminuir nos fins do século XIX e nos inícios do século XX, também no caso de terras que ainda não haviam alcançado um desenvolvimento, como na Itália, por exemplo, essa melhora mal atingira a população mais pobre. Portanto óbitos por moléstias infecciosas e parasitárias eram vistos como fatalidade sem controle, inerente ao baixo nível de vida e à situação em que viviam desde a infância (SCARANO, 1974, p. 117).

Seguindo objetivos semelhantes aos de Scarano (1974) e Aissar (1976) buscou conhecer as condições de vida dos descendentes dos trabalhadores negros e brancos estrangeiros de 0 a 15 anos de idade, através no estudo da mortalidade, *reflexo das condições econômicas e ambientais*. De modo mais descritivo e sem se preocupar com uma análise mais profunda das variáveis disponíveis nos atestados de óbitos, comparou esses dois segmentos populacionais por sexo, idade, causa de morte, naturalidade, filiação legítima ou ilegítima, demonstrando, por exemplo, quais as doenças que afetavam esses segmentos e em que proporção – as infecciosas e parasitárias, por exemplo, ceifavam mais da metade dos negros e dos brancos estrangeiros que iam a óbito, em uma proporção ligeiramente maior entre os negros – essas doenças *decorriam também da falta de assistência médica, falta do mínimo conforto de condições ambientais, da precariedade do vestuário e – o que é mais importante – dos hábitos alimentares* (AISSAR, 1976, p. 33); já as doenças do aparelho respiratório atingiam mais os negros, enquanto a febre amarela mais os brancos estrangeiros. Contabilizando a variável naturalidade dos jovens falecidos a autora procurou também descrever a mobilidade interna, intraprovincial/estadual e internacional na região analisada, os fatores *ecológicos e econômicos da adaptação do migrante* e chamar a atenção para as contradições entre o desenvolvimento da cafeicultura e as condições de vida dos trabalhadores.

De qualquer forma todos estes trabalhos, embora não tenham um caráter especificamente demográfico, deixam entrever que ainda no final do século XIX e nos primeiros anos do século XX, a mortalidade geral e a infantil eram altas, que as doenças infecciosas e parasitárias predominavam como causa de morte (respondiam por volta da metade dos óbitos observados), que as epidemias ainda ceifavam muitas vidas.

Mais ainda, que a imigração de massa, voltada a suprir mão de obra para a cafeicultura em expansão, impactou fortemente as taxas de mortalidade e a proliferação de

epidemias nesse período, levando as autoridades governamentais a se preocuparem com uma política de saúde no Estado de São Paulo concentrada em ações para controlar as epidemias e diminuir a ocorrência de endemias, que ameaçavam a política de migração e a expansão cafeeira. O processo de transição epidemiológica começou então a dar lentamente os primeiros passos, mostrando-se decisivo principalmente a partir dos anos 1930-1940, quando começou a ser observada mudança do perfil da mortalidade, com a visível diminuição dos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias e o aumento das doenças não infecciosas (do sistema circulatório, neoplasias e causas externas) como mostrou Prata (1992).

O presente trabalho busca trazer novos ingredientes ao conhecimento da mortalidade a partir de uma perspectiva da Demografia Histórica, centrando na análise da sazonalidade dos óbitos, das causas de morte, dos diferenciais da mortalidade segundo a nacionalidade e de outros aspectos da mortalidade no município paulista de Campinas, na última década do século XIX.

CAPÍTULO 2 - A PESQUISA

Para o estudo da mortalidade em Campinas, observando os diferenciais de mortalidade entre a população nativa e a estrangeira, optou-se por analisar o período de 1890 a 1900, quando a imigração internacional de massa chegou a seu ápice e surtos epidêmicos de febre amarela ocorreram em território paulista. Para tanto, foi utilizado como fonte básica de pesquisa o Registro Civil de Óbitos ocorridos naquele município, registrados nos distritos de Conceição e de Santa Cruz e que constam do Banco de dados *Eventos Vitais: Campinas 1875-1921* (NEPO/UNICAMP, 2013)¹². Embora o banco compreenda o período de 1875 a 1921, os registros de óbitos microfilmados têm início em 1878.

Como fontes complementares, lançou-se mão de relatórios produzidos pela Repartição de Estatísticas e Arquivo do Estado de São Paulo, entre 1894 e 1900, recenseamentos, estatísticas de imigração, outras fontes de época, além da bibliografia pertinente à pesquisa.

O Registro Civil dos eventos vitais tem sua origem no início do século XIX quando em 1814, foi proibido o enterramento sem certidão passada por “médico ou outro facultativo”. Mais tarde, já na segunda metade do século, foi elaborada uma série de propostas e realizadas discussões para regulamentar os registros de nascimentos, casamentos e óbitos. Primeiramente foi regulamentado o registro civil relativo às pessoas que professavam religião diferente da do Estado, os denominados “acatólicos”, mais tarde ao da população em geral. A Lei n. 1.819 de 1870 determinou a organização por parte do governo do registro dos nascimentos, casamentos e óbitos, regulamentado posteriormente pelo Decreto 5.604 de 1874, substituído por outro em 1888. Em 1889, com a separação da Igreja do Estado na recém República, novo decreto alterou algumas disposições e os registros civis tornaram-se obrigatórios em todo território nacional. Somente com o decorrer do tempo as resistências ao registro civil dos eventos vitais foram desaparecendo e os obstáculos suplantados (TELAROLLI JR, 1993; HARKET, 1996; BASSANEZI, 2009a).

¹² Este banco de dados contempla os nascimentos, casamentos e óbitos registrados naqueles distritos entre 1875 e 1921, e também o Registro Paroquial de batismo, casamento e óbito de Campinas para o século XIX. A digitalização desses registros e a elaboração desse banco foram iniciadas e desenvolvidas em grande parte com o apoio do Projeto Temático/FAPESP *Observatório das Migrações em São Paulo: fases e faces do fenômeno migratório no Estado de São Paulo*, desenvolvido no Nepo/Unicamp sob a coordenação da Profa. Dra. Rosana Baeninger entre 2009-2013. Atualmente o banco relativo ao registro civil continua sendo alimentado através do Projeto *População em tempos de mudanças. Campinas 1875-1921*, sob a coordenação da Profa. Dra. Maria Silvia C. B. Bassanezi que conta com o apoio do CNPq.

As informações contidas nos registros de óbito, objeto desta dissertação, são: número, data e local do registro; data, local e hora do óbito; o nome e sobrenome do falecido, de seus pais ou cônjuge (se vivo ou falecido), idade, sexo, profissão, nacionalidade, naturalidade, local de residência, estado civil, profissão, cor; nome do médico (ou outro responsável na ausência deste) que declarou o óbito; a causa de morte; se houve ou não assistência médica e o local de sepultamento. Em alguns, principalmente em se tratando de crianças e jovens, além do nome e sobrenome dos pais, a sua naturalidade, nacionalidade, profissão, residência e cor desses.

Os relatórios publicados pela Repartição de Estatísticas e Arquivo do Estado de São Paulo (criada em 1891), entre 1894 e 1900, enviados ao titular da Secretaria de Estado dos Negócios do Interior, além de relatos diversos, incorporam estatísticas que sistematizam e cruzam as informações do registro civil dos nascimentos, casamentos e óbitos para os municípios paulistas¹³:

A formulação de uma política de saúde no Estado de São Paulo - destinada a resolver as questões relacionadas à saúde pública, que se agravaram com a chegada de milhares de imigrantes estrangeiros, a partir de 1886 - originou a criação do Serviço Sanitário (1892), cuja atribuição, entre muitas outras, era organizar as estatísticas demógrafa-sanitárias, a fim de nortear a ação de prevenção e combate às moléstias transmissíveis. Estas estatísticas, então, passaram a ser publicadas ano a ano. As primeiras, referentes aos anos 1893 a 1900 encontram-se incorporadas aos relatórios anuais elaborados pelo Diretor da Repartição de Estatística e Arquivo do Estado. As relativas ao período 1901 a 1928 estão reunidas em anuários publicados pela Diretoria do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo (BASSANEZI, 2012b).

Os cartórios existentes nos municípios deviam enviar os mapas com as informações sobre aqueles eventos à Repartição de Estatísticas e Arquivo do Estado de São Paulo, mas isso nem sempre ocorreu da forma esperada. Com o passar do tempo, com o aprimoramento do registro civil, as estatísticas produzidas por essa repartição também foram se ampliando e melhorando de qualidade:

Até o presente por intermedio dos escrivães do registro civil é que nos tem vindo a base deste trabalho, a qual consiste nas listas dos óbitos, dos nascimentos e dos casamentos registrados em cada districto. Estes funcionarios, que a principio custavam a nos enviar essas listas, hoje em consequencia da organização, que temos tido o trabalho de effectuar, já attem-nos, reconhecendo a sua importancia. Quanto, porém, tem isto nos custado! (SÃO PAULO, 1897).

¹³ Sobre estas estatísticas ver Bassanezi (2009a).

No caso específico de Campinas, que é o que nos interessa no momento, os dados relativos aos nascimentos, casamentos e óbitos eram divulgadas no conjunto dos municípios do Estado, enquanto para a capital do estado, as estatísticas eram publicadas separadamente daquele conjunto e com informações mais detalhadas. A partir de 1913 as estatísticas específicas para Campinas começaram a ter relatório em separado do item “Interior do Estado”. Os dados existentes para Campinas puderam complementar lacunas encontradas no conjunto dos óbitos dos cartórios de Conceição e Santa Cruz.

O registro civil dos eventos vitais, assim como as estatísticas demógrafo- sanitárias têm uma importância muito grande aos estudos de caráter demográfico, uma vez que os censos realizados no período (1890 e 1900), não são de boa qualidade, apresentam uma série de lacunas e não foram publicados na sua totalidade. Tais problemas, alguns inclusive detectados por observadores da época, encontram-se sistematizados em Bassanezi (1995):

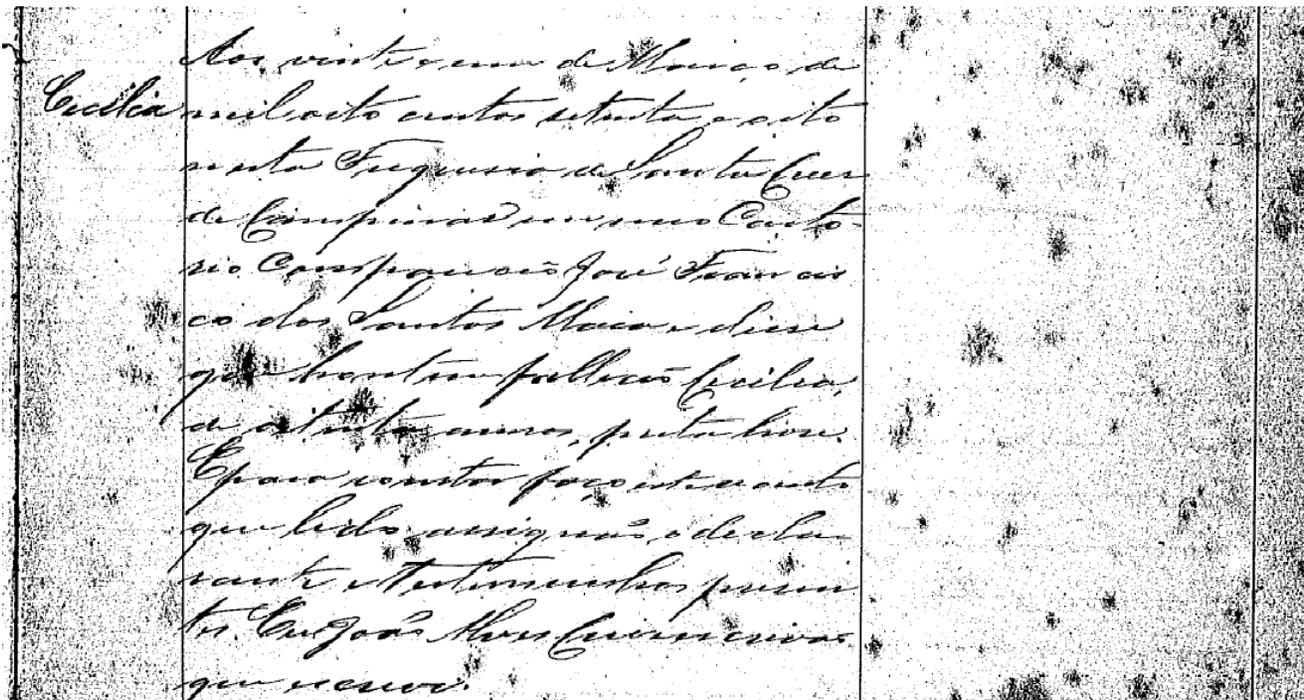
O ultimo [recenseamento] já foi feito em 1890, e esse mesmo não nos parece que exprimisse a realidade (...). Por esta razão, faz-se mister, e é necessidade, que não pode ser adiada, proceder-se, de novo, ao computo da nossa população, devendo ser feito elle com maior escrupulo, criterio e exatidão, como é de esperar (SÃO PAULO, 1895 *apud* SÃO PAULO, 1897).

Com relação aos estrangeiros, os resultados do censo de 1890 foram afetados pelas normas de naturalização ditadas no início do governo republicano que contaminou a contagem desse segmento populacional. Além disso, muitas variáveis e/ou cruzamento de variáveis não foram publicados. O censo de 1900 não teve publicada a maior parte das variáveis, inclusive informações sobre os estrangeiros, por município (BASSANEZI, 1995). Em todo caso, optou-se pelo uso desses censos para traçar um perfil, mesmo que grosseiro, das características demográficas da população de Campinas na época, como será visto mais adiante.

Como era de se esperar para a época, o registro civil dos eventos vitais têm suas limitações. Entre elas, o fato de que nem todos os eventos ocorridos no período foram registrados por uma série de motivos, que vão desde os embaraços provocados por alguns párocos, à ignorância de muitas de pessoas e à longa distância em que se encontravam os cartórios. Além disso, apesar do esforço na padronização do recolhimento de informações ao longo do tempo, alguns registros não estão completos, pois eles dependiam dos cuidados empreendidos pelos escrivães. Muitos chegam a ser ilegíveis, outros apresentam rasuras ou foram deteriorados pela

ação do tempo, o que dificulta o processo de leitura e análise, como se pode verificar na imagem que segue (figuras 1 e 2).

FIGURA 1 - Registro Civil de Óbito - Campinas 1878



Aos vinte e um de Março de
Cecília mil oitocentos setenta e oito
nesta Freguesia de Santa Cruz
de Campinas em meu Carto-
rio compareceu José Francisco
dos Santos Maria e disse
que hontem fallecô Cecília,
de oitenta annos, preta livre.
E para constar faço este acento
que lido assignão e declara
ante as testemunhas presen-
tes. Eu João Alves Cure escrevô
que escrevi.

Fonte: Banco de dados Eventos vitais: Campinas 1875 -1921 (Nepo/Unicamp).

Transcrição: Cecília. Aos vinte e um de Março de mil oito centos setenta e oito nesta Freguesia de Santa Cruz de Campinas em meo Cartorio comparecêo José Francisco dos Santos Maria e disse que hontem fallecêo Cecília, de oitenta annos, preta livre. E para constar faço este acento que lido assignão o declarante e as testemunhas presentes. Eu João Alves Cure escrevô que escrevi.

FIGURA 2 - Registro Civil de Óbito - Campinas 1899

Ignacia N. 144. Nos dezenove de Março
Pereira de mil oitocentas e noventa e nove,
Borges. neste districto da Conceição de
Campinas, em cartório, com-
pareceu Jose Mattos, e, exhibindo
attestado medico do doutor Euphrasio
Cunha, declarou: Que hontem
às oito horas da noite, na casa da
rua Visconde do Rio Branco numero
quarenta e cinco, falleceu victima de
aborto, Ignacia Pereira Borges, portu-
guez, de cor branca, casada, com
vinte e tres annos de idade, e
vae sepultar-se no cemiterio
publico. E para constar lavrei
este termo, que assigna pelo
clarissimo, Domingos de Moraes
Lima. Eu, João Cesar Rodrigues de Silva
Escrivão, que o subscrevi
Domingos de Moraes Lima

Fonte: Banco de dados Eventos vitais: Campinas 1875 -1921 (Nepo/Unicamp).

Transcrição: N.144. Ignacia Pereira Borges. Aos dezenove de Março de mil oitocentos e noventa e nove, neste districto da Conceição de Campinas, em cartório, compareceu Jose Mattos, e, exhibindo attestado medico do doutor Euphrasio Cunha, declarou: Que hontem às oito horas da noite, na casa da rua Visconde do Rio Branco numero quarenta e cinco, falleceu victima de aborto, Ignacia Pereira Borges, portugueza, de cor branca, casada, com vinte e três annos de idade, e vae sepultar-se no cemeterio publico. E para constar lavrei este termo, que

assigna pelo declarante, Domingos João Paulo. Eu João Pedro Rodrigues da Silva Escrivão, que o subscrevi. Domingos João Paulo.

De qualquer forma, a obrigatoriedade do registro civil faz com que ele inclua todos os setores da sociedade, portanto, pode-se dizer que é uma fonte das mais *democráticas*:

Mesmo que, para determinados momentos e locais, uma parcela dos nascimentos, das uniões conjugais e dos óbitos, por algum motivo, não tenha sido anotada, esses livros incluem de fato todos os setores da sociedade. Homens e mulheres, ricos e pobres, brancos, negros e índios, nacionais e estrangeiros, filhos legítimos e ilegítimos/naturais, crianças expostas ou enjeitadas e também escravos e libertos (antes de 1888) tiveram (e têm) os seus eventos vitais registrados. A universalidade dessas fontes é uma das coisas que mais atrai os historiadores (BASSANEZI, 2009a, p. 142).

A obrigatoriedade do registro de óbito para fazer o sepultamento mais o fato de Campinas ser um município de grande desenvolvimento no período, de estar próximo à capital, de ter dois cartórios para atender a população e de abrigar uma Comissão Sanitária, pode ter contribuído para que o sub-registro de óbitos neste município tenha sido menor que em outros locais. Verificar, no entanto, esta possibilidade é impossível no momento e escapa ao escopo deste trabalho.

2.1 O trabalho com os óbitos

Esta tarefa começou com a digitalização de fotogramas que compõem 37 rolos de microfilmes que contêm registros de nascimentos, casamentos e óbitos de ambos os cartórios de Campinas que fazem parte do acervo do Centro de Memória da Unicamp. Os registros de óbitos abrangem o período de 1878 a 1921, exceto os relativos aos anos de 1897 e 1898, cujos livros do Distrito da Conceição para tais anos desapareceram, como informam Santos Filho e Novaes (1996) deixando, inclusive, de ser microfilmados¹⁴.

¹⁴ Para distrito da Conceição há alguns registros apenas para os meses de janeiro a abril, para o ano de 1897 microfilmados no Centro de Memória da Unicamp, rolo 1390909. Para o Distrito de Santa Cruz os registros estão completos tanto para 1897 como para 1898.

As digitalizações foram salvas da seguinte maneira: para cada microfilme foi aberta uma pasta, contendo arquivos com uma média de 10 páginas do livro de assentos de óbitos. Esta divisão objetivou diminuir o tamanho dos arquivos para facilitar a manipulação dos registros. Após o lento processo de digitalização, as imagens foram salvas em arquivos tipo ‘pdf’ e armazenadas em DVD’s e na central de computadores do Núcleo de Estudos de População (Nepo/Unicamp). A seguir foi iniciado o processo de leitura dos registros, e a digitação de suas informações através do programa SPSS¹⁵, para posterior trabalho e análise dos dados.

A planilha utilizada para o preenchimento do banco possui 40 variáveis resumidas no quadro 1, e apresentadas no exemplo da planilha do programa SPSS (Figura 3).

QUADRO 1 - Variáveis dos registros civis de óbitos de Campinas (1890 a 1900)

Geral	Falecido	Pais	Cônjuge
Livro	Nome	Nome	Nome
Página	Sobrenome	Sobrenome	Sexo
Número do registro	Sexo	Nacionalidade	Condição social
Senhor do escravo	Nacionalidade	Cor	
Data do registro	Naturalidade	Condição social	
Data do óbito	Cor	Estado civil	
Local do óbito	Idade	Ocupação	
Hora do óbito	Condição social	Residência	
Responsável pelo atestado	Ocupação		
Sacramentos	Estado Civil		
Causa de morte			
Local de sepultamento			
Assistência Médica			
Observações			

Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas: 1875-1921* (Nepo/Unicamp).

¹⁵ *Statistical Package for Social Science* (SPSS) é um software para análise estatística de dados, que permite realizar cálculos complexos e visualizar seus resultados de forma simples e autoexplicativa, ideal para bancos de dados extensos.

FIGURA 3 - Planilha dos registros civis de óbitos de 1890 do município de Campinas

*Óbitos 1890 Campinas.sav [DataSet1] - PASW Statistics Data Editor																																
File Edit View Data Transform Analyze Graphs Utilities Add-ons Window Help																																
1: Livro																																
1	Livro	Página	numr. registro	nomefalecido	sobrenome	sexo	sres. crav.	dataregistro	datóbito	local	hora	medicoatestado	sacram	nacionalidade	natural	cor1	uti	idade	idadel in	csf	ocupacao	ecf	cm	pai	sobrenpai	cspai	ecpai	ocupacaopai				
1		1	1	benedicto		masc		04.01.1890	01.01.1890	fazenda pedra branca		delegado	não declar...	0	não ...	me...	10	<1 n...	.0	sol...	dentição		eleuterio		forro	casa...	0	f				
2		1	2	melania bach	bach	fem		04.01.1890	01.01.1890	(ignorado)	7,00	delegado d...	não declar...	0	não ...	ano	3	3 n...	.0	sol...	inflamação intestinal	(?) bach	bach	0	casa...	2	t					
3		1v	3	maria		fem		04.01.1890	01.01.1890	(ignorado)	24,00	euphrasio ...	não declar...	0	não ...	me...	15	15 n...	.0	sol...	bronquite capilar	jacintho joao barbosa	barbosa	0	casa...	0	r					
4		2	4	paula		fem		04.01.1890	02.01.1890	(ignorado)	10,00	delegado d...	não declar...	0	não ...	me...	18	18 n...	.0	sol...	vermes	florencio theodoro de oliveira	oliveira	forro	casa...	0	t					
5		2	5	(ilegível)																												
6		2v	6	benedicto		masc		04.01.1890	02.01.1890	(ignorado)		delegado	não declar...	0	não ...	me...	0	<1 n...	.0	sol...	tetano	camilo		forro	casa...	0	e					
7		2v	7	antenor c(?)		masc		04.01.1890	02.01.1890	(ignorado)		(ilegível)	não declar...	0	não ...	ano	38	38 n...	.0	ca...	ataque fulminante	filiação ignorada		0	0	0	0	0	0	0	0	
8		3	8	jose		masc		04.01.1890	02.01.1890	fazenda de jon. teixeira...		policia	não declar...	0	não ...	ano	5	5 n...	.0	sol...	febre	antonio rodrigues dos santos	santos	0	casa...	0	(
9		3	9	agostinho		masc		04.01.1890	03.01.1890	fazenda sete quedas	4,00	(ilegível)	não declar...	0	não ...	me...	0	<1 n...	.0	sol...	inflamação intestinal	jeronumo(?) becaguasotti(?)	becaguasotti	0	casa...	0	r					
10		3v	10	otilia		fem		04.01.1890	04.01.1890	(ignorado)	3,00	adriano de ...	não declar...	0	não ...	me...	23	23 n...	.0	sol...	atrepisia	joaquim gomes	gomes	0	casa...	0	r					
11		3v	11	pedro custodio de lima	lima	masc		04.01.1890		bairro ribeirão		bento quin...	não declar...	0	não ...	ano	60	60 n...	.0	ca...	nao declarada	filiação ignorada		0	0	0	0	0	0	0	0	
12		4	12	cecilia		fem		04.01.1890	04.01.1890	rua barao de jaguara, n...	1,00	c. ?anp?te...	não declar...	Bra...	campinas	não ...	me...	9	<1 n...	.0	sol...	enterite	(ignorado)		0	0	0	0	0	0	0	0
13		4	13	leocadio		masc		04.01.1890	04.01.1890	(ignorado)		vieira buen...	não declar...	0	não ...	dia	30	<1 n...	.0	sol...	(ilegível. pdf 17)	(ignorado)		0	0	0	0	0	0	0	0	0
14		4	14	maria		fem		04.01.1890	04.01.1890	(ignorado)	8,00	bento quin...	não declar...	0	não ...	ano	4	4 n...	.0	sol...	nao declarada	(ilegível. pdf 17)		0	0	0	0	0	0	0	0	0
15		4v	15	beagalia(?)		fem		05.01.1890	04.01.1890	(ignorado)		bento quin...	não declar...	0	não ...	ano	36	36 n...	.0	ca...	nao declarada	filiação ignorada		0	0	0	0	0	0	0	0	0
16		4v	16	jose		masc		06.01.1890	06.01.1890	(ignorado)	17,00	bento quin...	não declar...	0	não ...	me...	10	<1 n...	.0	sol...	nao declarada	antonio manuel ?veira	?veira (pdf. 17)	0	casa...	0	e					
17		4v	17	jose		masc		06.01.1890	05.01.1890	(ignorado)	22,00	vieira buen...	não declar...	0	não ...	me...	8	<1 n...	.0	sol...	(ilegível. pdf 17)	ignacio de queiroz lacerda(?)	lacerda(?)	0	casa...	0	i					
18		5	18	gustavo adolpho	adolpho	masc		06.01.1890	06.01.1890	(ignorado)	9,00	euphrasio ...	não declar...	0	não ...	ano	3	3 n...	.0	sol...	tifo	adolpho carlshorn(?)	carlshorn	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19		5	19	joao		masc		06.01.1890	05.01.1890	(ignorado)	10,00	c. monforte...	não declar...	Bra...	campinas	não ...	me...	21	21 n...	.0	sol...	helminthose	joao florencio cardoso	cardoso	0	casa...	0	r				
20		5	20	(ilegível pdf 17)																												
21		5v	21	sabrina		fem		06.01.1890	06.01.1890	(ignorado)	3,00		não declar...	Bra...	estado d...	não ...	ano	55	55 n...	.0	ca...	nao declarada	filiação ignorada		0	0	0	0	0	0	0	0
22		5v	22	santa		fem		06.01.1890		(ignorado)			não declar...	0	não ...	me...	2	<1 n...	.0	sol...	nao declarada	jose binelli(?)(italiano)	binelli(?)	0	0	0	2	(
23		5v	23	(ilegível)																												
24		6	24	jose caetano nino	nino	masc		07.01.1890		(ignorado)		ricardo,dou...	não declar...	0	não ...	ano	80	80 n...	.0	nã...	atrepisia	filiação ignorada		0	0	0	0	0	0	0	0	0
25		6	25	manuel		masc		07.01.1890	06.01.1890	fazenda cachoeira			não declar...	0	não ...	me...	8	<1 n...	.0	sol...	nao declarada	angelo zia(italiano)	zia	0	casa...	2	l					
26		6	26	julio (ilegível pdf 18)		masc		08.01.1890	07.01.1890																							
27		6v	27	jose carlos duarte	duarte	masc		08.01.1890	08.01.1890	rua das flores, esquina ...		angelo sim...	não declar...	Bra...	itu	não ...	ano	35	35 n...	.0	ca...	congestao cerebral	filiação ignorada		0	0	0	0	0	0	0	0
28		6v	28	michele antonio		masc		10.01.1890	09.01.1890	fazenda de antonio pint...	3,00	bento quin...	não declar...	5	não ...	ano	32	32 n...	2...	nã...	nao declarada	filiação ignorada		0	0	0	0	0	0	0	0	0
29		6v	29	idalina		fem		10.01.1890	09.01.1890	bairro rocinha	9,00	(ilegível)	não declar...	Bra...	branco	me...	10	<1 n...	.0	sol...	nao declarada	joaquim antonio de godoy	godoy	0	casa...	0	c					
30		7	30	braulio		masc		11.01.1890	11.01.1890	(ignorado)	2,00	euphrasio ...	não declar...	0	não ...	ano	2	2 n...	.0	sol...	entero colite	theoflo siqueira	siqueira	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31		7	31	rosa		fem		12.01.1890		(ignorado)	11,00	banho(? pd...	não declar...	Bra...	não ...	ano	20	20 n...	.0	sol...	(?) hemorragica	filiação ignorada		0	0	0	0	0	0	0	0	0
32		7	32	alberto eduardo		masc		12.01.1890	12.01.1890	(ignorado)	8,30	angelo sim...	não declar...	Bra...	campinas	não ...	me...	20	20 n...	.0	sol...	difteria	alberto sa(?)		0	casa...	0	e				
33		7v	33	joao armbrust	armbr...	masc		13.01.1890		(ignorado)		germano m...	não declar...	4	não ...	ano	85	85 n...	2...	ca...	marasmo	filiação ignorada		0	0	0	0	0	0	0	0	0
34		7v	34	eteelvina		fem		13.01.1890	12.01.1890	(ignorado)		bento quin...	não declar...	0	não ...	me...	18	18 n...	.0	sol...	nao declarada	(?) (?pdf 18) alves	alves	0	casa...	0	r					
35		8	35	jose		masc		13.01.1890	12.01.1890	rua de sao carlos, num...	20,00	euphrasio ...	não declar...	0	não ...	me...	0	<1 n...	.0	nã...	meningite	jose augusto		0	0	0	0	0	0	0	0	0
36		8	36	maria		fem		14.01.1890	14.01.1890	(ignorado)	3,00	bento quin...	não declar...	0	não ...	me...	16	16 n...	.0	sol...	nao declarada	julio agnoloz(?)	agnoloz(?)	0	casa...	2	r					

No banco de dados *Eventos Vitais: Campinas 1875-1921* foram selecionados para análise 15.328 registros de óbitos ocorridos naqueles anos. Não constam os óbitos ocorridos em 1897 e 1898 (para nenhum Distrito) e nem os registros ilegíveis e/ou incompletos¹⁶.

Para os anos de 1897 e 1898 devido à ausência de dados, para o distrito de Conceição, a opção para sanar esta lacuna foi trabalhar com as informações disponíveis em estatísticas agregadas publicadas que continham as informações para todos os distritos pertencentes ao município no período (cartórios de Conceição, Santa Cruz, Valinhos e Sousas). Elas trazem os óbitos por grupo de idade, nacionalidade e causa de morte¹⁷ (Figuras 4 e 5).

Contudo, é preciso esclarecer que as estatísticas de mortalidade, relativas aos municípios paulistas, publicadas a partir de 1893 nos relatórios anuais enviados ao Secretário dos Negócios do Interior do Estado de São Paulo pela Repartição de Estatística e Arquivo do Estado de São Paulo, que sintetizavam as publicadas mensalmente pela Diretoria do Serviço Sanitário, nem sempre coincidiam com estas últimas. Ambas continham vários erros de agregação e às vezes apresentavam-se com lacunas, pois muitos cartórios não enviavam os mapas a aquela repartição ou os enviavam incompletos. Por outro lado, os cruzamentos elaborados em tais documentos, nem sempre coincidem com as necessidades do pesquisador. Ainda é preciso lembrar que os cartórios de Sousas e Valinhos foram instalados em 1897, e os óbitos registrados nesses cartórios não fazem parte do banco: *Eventos Vitais: Campinas 1875-1921*¹⁸.

Por esse motivo, sempre que possível, as informações sobre os óbitos contidos nas Estatísticas Demógrafo-Sanitárias, relativas aos anos 1897 e 1898 e as relativas a Sousas (458 óbitos) e Valinhos (46 óbitos) de 1899 e 1900, foram agregadas aos daquele banco.

Em vista do exposto, a análise aqui empreendida não se baseia no universo dos óbitos ocorridos em Campinas no período e nem no universo dos óbitos registrados nos cartórios neste município. Os óbitos que a pesquisa conseguiu reunir são 19.528 (correspondentes a 15.328 do banco; 2.004 e 1.692 das estatísticas de 1897 e 1898 respectivamente, e mais 504 de Valinhos e Sousas de 1899 e 1900) (Tabela 1).

¹⁶ Para não haver dificuldades em trabalhar os registros desses anos, não utilizamos os dados para o Distrito de Santa Cruz – já digitados no referido banco – e optou-se por pegar os dados das Estatísticas Demógrafo-Sanitárias, que constam as informações para todos os distritos do município.

¹⁷ São Paulo (1898; 1897).

¹⁸ Tendo em vista o curto prazo e as dificuldades para o levantamento no âmbito deste mestrado, não foi possível recolher os registros de óbitos desses distritos. Os dados correspondentes a estes locais foram extraídos das Estatísticas Demógrafo-Sanitárias.

Extraindo os óbitos do banco *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921*, que não puderam ser aproveitados (969), mais os relativos aos anos 1897 e 1898 que incluem Sousas e Valinhos (3.696) e os que foram registrados nos cartórios de Sousas e Valinhos nos anos de 1899 e 1900 (504), a amostra disponível naquele banco representaria cerca de 65% do universo dos óbitos registrados, o que pode ser considerada uma boa amostra. Incluindo os números levantados nas Estatísticas Demógrafos-Sanitárias a amostra se amplia, ou seja, sobe para aproximadamente 87% desse universo.

TABELA 1 - Óbitos por ano – Campinas (1890 a 1900)

Ano	Banco Eventos Vitais	Estatísticas Demógrafo-Sanitárias	Total
1890	1560	-	1560
1891	1783	-	1783
1892	2161	-	2161
1893	1400	-	1400
1894	1386	-	1386
1895	1762	-	1762
1896	2606	-	2606
1897	-	2004	2004
1898	-	1692	1692
1899	1321	1593	1593
1900	1349	1581	1581
Total	15328	6870	19528

Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp); Estatísticas Demógrafo-Sanitárias.

Além disso, nos dados para o ano de 1897 encontra-se uma junção das informações relativas aos meses de junho e julho, devido ao fato de que as listas com os dados do mês de junho chegaram atrasadas, de modo que o boletim de junho já estava pronto e seus dados foram deixados para serem publicados junto com os dados do mês de julho¹⁹. No entanto, mesmo com os valores dos dois meses, os dados não se assemelham à sequência dos outros meses – parecendo números pouco abaixo do que se esperaria de dois meses – mas consideramos

¹⁹ São Paulo (1897).

conforme escrito no relatório. Segundo o relatório do mês de julho de 1897, as médias diárias de óbitos foram iguais nos meses de junho e julho. Por esse motivo, para compor a sazonalidade dos óbitos neste ano, os dados sobre a quantidade de óbitos presentes no relatório do mês de julho – que correspondem a este mês e ao anterior – foram divididos em duas partes iguais (ou, quando necessário, um número a mais de óbito no mês de julho).

FIGURA 4 - Exemplo dos dados das Estatísticas Demógráfo-Sanitárias do estado de São Paulo de 1897 – óbitos por idade segundo o município

Anno IV		Estatística Demographio-Sanitaria																				OBITOS								
E D A D E		Comptous	Amparo	Sarcoba	S. João do Rio Claro	Ytú	Mogy Mirim	Guaratanguetá	Limera	Taubaté	Itapira	S. Roque	Paro Feliz	Jacarehy	S. José do Rio Pardo	Tietê	Jundiahy	Itapetininga	Santa Cruz das Palmeiras	Bananal	Bocaina	Belém do Descalvado	Pirassununga	Mococa	Avares	Albala	L. reia	Bragança	Cajepaca	Quefuz
De 0 a 1 mezes	20	9	3	2	3	2	15	2	7	9	3	1	2	4	14	8	2	10	1	1	9	6	2	5	3	1	1	3	5	3
" 1 a 12 mezes	35	18	4	13	8	10	33	10	20	17	7	1	10	15	13	9	4	7	3	3	11	3	2	14	3	10	11	9	1	1
" 1 a 5 annos	46	30	6	14	8	6	48	11	22	25	2	1	14	11	19	4	4	16	1	1	15	3	2	14	3	14	20	19	1	1
" 5 a 10 "	3	1	4	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
" 10 a 20 "	14	3	7	1	2	2	5	5	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
" 20 a 30 "	16	2	7	7	2	4	5	6	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
" 30 a 40 "	9	5	1	2	1	4	15	6	2	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
" 40 a 50 "	13	1	6	1	1	1	3	4	8	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
" 50 a 60 "	10	9	3	1	5	1	12	2	8	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
" 60 a 70 "	10	4	1	1	3	3	1	1	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
" 70 a 80 "	3	1	1	1	1	1	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
" 80 a 90 "	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
" 90 a 100 "	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mais de 100	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Edade ignorada	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Nascidos mortos	12	11	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SOMMA.	133	65	49	45	36	33	114	52	96	67	32	17	49	46	71	15	17	48	9	32	55	71	32	32	32	12	63	32	15	5
ESTADO CIVIL.																														
Solteiros	138	77	32	37	25	23	113	35	67	53	15	12	31	28	54	36	10	38	6	16	42	50	20	25	21	37	51	25	12	5
Casados	36	13	14	7	8	8	24	14	23	9	6	3	19	14	14	7	5	7	2	4	12	10	9	6	6	9	14	2	3	3

Fonte: SÃO PAULO. Directoria do Serviço Sanitario do Estado de São Paulo. Boletim Mensal de Estatística Demógráfo-Sanitária, São Paulo, SP, Anno IV, n. 01 (em diante), 1897.

FIGURA 5 - Exemplo dos dados das Estatísticas Demógrafo-Sanitárias do Estado de São Paulo de 1897 – óbitos por causa de morte segundo o município

DESIGNAÇÃO DAS CAUSAS	Campinas	Ribeirão Preto	Sorocaba	São João do Rio Claro	Ytú
TRANSPORTE	583	176	149	161	188
MOLESTIAS LOCALISADAS					
Molestias do systema nervoso e órgãos da sensibilidade					
Encephalite	2	1	..	1	..
Meningite simples	34	18	11	2	5
Polynevrite	2	..	..	..	1
Congestão e hemorragia cerebral.. . . .	26	16	13	6	9
Amolecimento cerebral . . . . .	..	1	..	..	2
Anemia . . . . .	..	..	..	..	1
Paralysia geral	3	5	5	4	5
Convulsões	14	4	3	..	9
Tétanos.	4	3	3	1	..
Chorea . . . . .	..	..	1	..	..
Epilepsia	2	..	1	1	..
Tabes dorsalis . . . . .	..	1	..	..	..
Outras molestias do systema nervoso . . .	2	2	3	3	1
Molestias do aparelho circulatorio					
Pericardite e endocardite.	7	4	..	..	1
Molestias organicas do coração	85	47	30	28	26
Angina pectoris	3	..	..	..	..
Affecções arteriaes e das veias	8	11	5	2	..
Outras affecções do aparelho circulatorio. .	..	..	1	..	..
Molestias do aparelho respiratorio					
Molestias das fossas nasaes . . . . .	..	..	..	1	..
Molestias do larynge	5	7	..	..	2
Branchite	36	41	11	26	8
Pneumonia	13	19	5	5	6
Broncho-pneumonia.	58	29	5	7	6
Pleurisia	2	2	1	2	2
Congestão e apoplexia pulmonar.. . . .	1	4	2	2	..

Fonte: SÃO PAULO. Directoria do Serviço Sanitario do Estado de São Paulo. **Boletim Mensal de Estatística Demógrafo-Sanitária**, São Paulo, SP, Anno IV, n. 01 (em diante), 1897.

Além do que foi descrito, outros obstáculos foram surgindo ao longo das análises, como a falta de padronização no preenchimento dos atestados de óbito – que traziam expressos muitas vezes os sintomas, ou nomes populares da época – em vez das causas do óbito propriamente ditas. Bernabeu-Mestre (2003) já havia notado que havia uma *falta de precisão e problemas de natureza semântica nas expressões diagnósticas, que se tornam obstáculo à análise demográfica da mortalidade por causas* (BERNABEU-MESTRE, 2003, p. 169). Muitas vezes, as causas reais que levaram ao óbito não eram registradas e em seu lugar anotavam-se doenças paralelas ou mesmo causas secundárias, que fazem com que as circunstâncias reais que cercaram a morte do indivíduo sejam mascaradas.

Outra dificuldade deveu-se à existência de vários nomes registrados para a mesma causa de morte. A *febre amarela*, por exemplo, era conhecida como *febre tifo icterode*; a *malária* como *febre palustre* ou *impaludismo*; confundiam ainda a *malária* com a *febre tifoide*, hoje um consenso de que se trata de outra moléstia. Outros eram tratados com nomes como *mal*

de Bright, correspondente à *nefrite*; *moléstia azul*, que é o mesmo que *cianose*; *tosse comprida*, o mesmo que *coqueluche*, assim por diante. Portanto, a solução foi trabalhar com causas agrupadas²⁰. Além disso, foi observado que os registros de óbitos apresentam diferente nomenclatura ou grafia de causa de morte. Uma mesma causa, muitas vezes vem escrita de diferentes formas (*febre tifo malárica* = *febre palustre tifoide* = *impaludismo* = *malária*); outras vezes ela aparece incompleta ou ilegível no registro.

Com o surgimento de novas doenças, e mudanças que ocorrem nas já existentes (como causas e diagnósticos, descoberta de agentes infecciosos, subdivisões etc.), os termos se modificam no decorrer do tempo e no espaço e dificultam uma única padronização, principalmente no que tange às causas de morte de um passado mais remoto²¹:

Se a nomenclatura médica fosse uniforme e padronizada a tarefa seria simples, mas ocorre que, na realidade, os médicos em exercício, que preenchem as fichas médicas ou passam os atestados de óbito, se formaram em escolas de medicina distintas e num período de mais de cinquenta anos. Assim sendo, as observações contidas nas fichas dos doentes, nos registros de hospital e nos atestados de óbito estão infalivelmente exaradas em terminologia heterogênea, que não se moderniza nem padroniza com um passe de mágica. Todos esses fenômenos, bons e maus, precisam ser incluídos na classificação estatística (OPAS; OMS, 1969).

2.2 Soluções metodológicas

Para o presente trabalho, optou-se pela Classificação do ano de 1894, utilizada pelo Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Essa classificação foi escolhida pelo fato de se assemelhar o mais próximo possível das nomenclaturas escritas nos registros do período analisado. No entanto, algumas alterações ou ajustes se fizeram necessários, pois algumas causas de morte não estavam contempladas nesta classificação.

Para classificar muitas causas de morte foi necessário fazer diversas pesquisas de identificação de nomenclaturas, causadores, sintomas, a fim de poder encaixá-las na classificação

²⁰ A classificação de doenças é uma forma de metodologia para estudos de caráter estatístico, como forma de padronização dos dados, necessários em sua preparação para estudos referentes à doença e à morte (OPAS; OMS, 1969).

²¹ Portanto, num constante esforço de padronização das nomenclaturas, os ajustes são necessários para a Classificação Internacional de Doenças (CID), e realizados periodicamente até os dias atuais (vide a publicação da décima Revisão da CID em 2010).

de 1894²². A *febre ictero-hemorrágica*, por exemplo, é conhecida atualmente como *leptospirose*. Já a *febre icteroide*, ou *tifo icteroide*, correspondia à *febre amarela*, assim como o *tifo amaril*. O *tifo americano* é a mesma coisa que *febre maculosa*. Esse trabalho demandou muito tempo da pesquisa.

Além dos casos já citados foram realizados outros ajustes:

- A causa de morte ‘tétano umbilical’ foi considerada como ‘tétano dos recém-nascidos’;
- A causa ‘nasceu doentio’ foi tida como ‘moléstias especiais dos recém-nascidos’, assim como a ‘inviabilidade’;
- Dentro da classificação ‘Mortes violentas’ encontram-se os ‘desastres’, ‘fraturas’, ‘ferimentos’, ‘asfixia’, ‘assassinato’, ‘envenenamento’ e outras causas exteriores.
- Outras moléstias que não apareciam na Classificação de 1894 foram adicionadas conforme consta na lista em anexo.

Para complementar, na classe 13 (‘Mortes por causas não assinaladas’) foram acrescentadas ‘Moléstias não identificadas’ para os casos ilegíveis e moléstias desconhecidas (nomes populares ou mesmo irreconhecíveis), além dos registros ‘Sem declaração de moléstias’, como constam na lista das causas (Anexo I). As moléstias generalizadas sem definição (muitas vezes apenas sintomas) foram classificadas na categoria ‘Moléstias mal determinadas’. Já os registros com duas causas de morte – como, por exemplo, *vermes* e *pneumonia*, *pneumonia* e *gastroenterite*, *morfeia* (lepra) e *úlceras* – adotou-se a padronização de privilegiar a primeira causa escrita ou, quando muito evidente, privilegiou-se a causa de maior letalidade, como no caso de *úlceras* e *marasmo*.

No caso das nacionalidades, a opção foi classificar como ‘brasileiros’ todas as pessoas nascidas em solo brasileiro, inclusive os filhos de estrangeiros que pela norma brasileira do *jus solis* era considerado brasileiro (a não ser declaração em contrário) – e ‘estrangeiros’ – compreendendo todos os cidadãos nascidos em outros países. Quanto aos casos em que as

²² As classificações dos anos de 1904 e 1908 também foram analisadas a fim de encaixar algumas causas de morte que não tinham especificação da classe pertencente na lista de doenças e causas de morte de 1894.

nacionalidades não foram declaradas e aos casos ilegíveis optou-se por agrupá-los com a denominação de 'Não declarados'.

Como no período analisado, ocorreram surtos epidêmicos de febre amarela, optou-se também por separar os óbitos ocorridos nesses anos de mortalidade extraordinária daqueles de mortalidade em momentos de normalidade. Foram realizados ainda cruzamentos de variáveis que pudessem trazer novos ingredientes ao estudo da mortalidade em Campinas nesse período conturbado de mudanças, que foi a década final do século XIX e a virada para o século XX.

CAPÍTULO 3 - MUNICÍPIO EM FOCO: CAMPINAS

Na análise das características da mortalidade em um curto período – em que estão ocorrendo importantes mudanças políticas, socioeconômicas e demográficas na sociedade brasileira²³ - optou-se por privilegiar como espaço de pesquisa o município paulista de Campinas, não só devido à disponibilidade das fontes, mas também devido à sua história, a sua importância no contexto das transformações que passava o país e em particular o Estado de São Paulo naquele momento. Ainda devido ao volume e heterogeneidade de sua população e porque esse município experimentou entre 1889 e 1897 momentos de crise de mortalidade originados por epidemias de febre amarela.

3.1 Localização e configuração territorial

Campinas está a 95 km a noroeste da capital paulista e até as duas primeiras décadas do século XX, compreendia uma extensa área que englobava os municípios atuais de Americana, Cosmópolis, Hortolândia, Nova Odessa, Paulínia, Sumaré e Valinhos (Mapa 1). Sua localização geográfica no estado de São Paulo – que tornou este município desde suas origens ponto de ligação entre a capital e o interior do estado – e suas características geomorfológicas tiveram um papel importante na ocupação de seu território, no seu povoamento e no seu desenvolvimento socioeconômico desde sua origem.

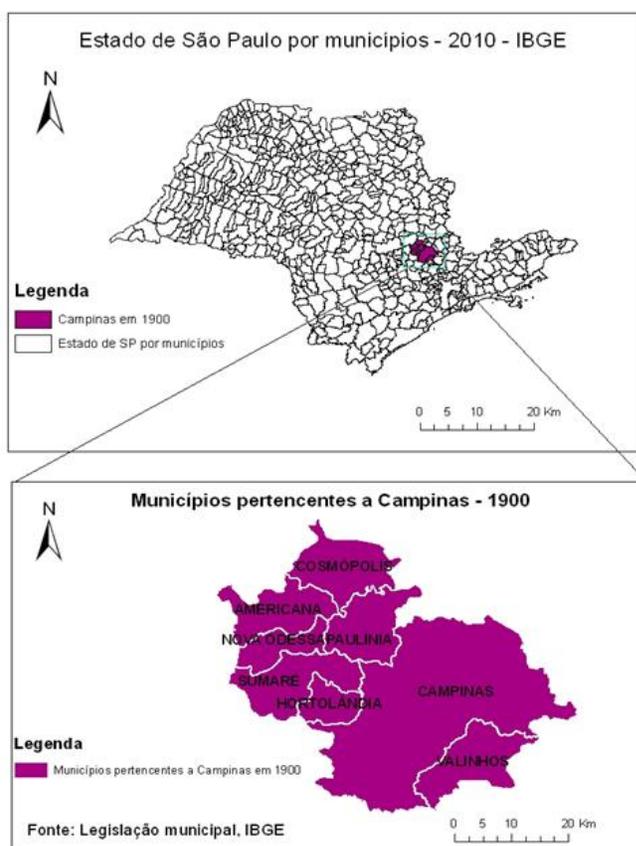
Às margens da rota que levava às minas do interior do Brasil, em meados do século XVIII, as terras campineiras serviram inicialmente como pouso para as tropas que seguiam o *Caminho dos Goiaes*. Posteriormente, na segunda metade do século XIX, Campinas havia se tornado importante entroncamento ferroviário, por onde circulavam pessoas e mercadorias destinadas às diversas regiões do interior do estado, à capital, ao porto de Santos e a outras províncias/estados brasileiros.

Seu solo fértil banhado pelas bacias dos rios Atibaia e Piracicaba nos primeiros tempos contribuiu para o estabelecimento da agricultura de subsistência pelos primeiros

²³ Transformações que referem-se às mudanças provocadas por uma série de acontecimentos como Abolição da Escravatura (1888), Proclamação da República (1889), expansão da economia de exportação (café), entrada massiva de imigrantes estrangeiros no país e outros acontecimentos a estes atrelados.

moradores e, mais tarde, para a implantação da grande lavoura de exportação que introduziu, no município, novos habitantes e contribuiu para o desenvolvimento do seu núcleo urbano. Nas décadas finais do século XIX Campinas via ampliada sua posição como polo regional e como o mais importante dos municípios do interior paulista: possuía um expressivo setor financeiro, comercial e de serviços de infraestrutura, que por sua vez propiciava a instalação de indústrias no local.

Mapa 1 - Localização de Campinas no Estado de São Paulo



3.2 Das origens a 1890

As tropas que faziam parada nas terras de Campinas para alimentação e descanso, também pagavam impostos referentes à extração de minério e faziam o registro fiscal. Com isso, impulsionavam a concessão de sesmarias e o povoamento do local (BADARÓ, 1986).

Em 1773 o povoado obteve licença para a construção da Igreja Matriz e em 14 de Julho de 1774 foi criada a paróquia Nossa Senhora da Conceição de Campinas. No ano seguinte, o local tornou-se freguesia do município de Jundiaí e finalmente em 1797, Vila com o nome de São Carlos. Durante as últimas décadas do século XVIII e primeiras décadas do século XIX, Campinas transformou-se em um importante centro de produção de açúcar, para o mercado externo, cujo auge situou-se entre 1790 e 1795. Ainda em 1836 concorria com 30% na produção de açúcar da Província de São Paulo e sua população chegava a 6.689 habitantes. O incremento econômico e populacional, trazido pela produção açucareira, levou a vila receber foros de cidade, com a denominação de Campinas, em 1842.

A partir de então, a produção do café começou a substituir a de cana de açúcar. Um solo fértil, formado por terra roxa, rica em minerais, facilitou o desenvolvimento da cafeicultura em grande escala nas décadas de 1850 e 1860, visando atender o mercado externo em expansão. Ao mesmo tempo, o núcleo urbano passou a crescer e Campinas tornou-se um centro econômico importante. A população rural e urbana – livre e escrava – aumentou consideravelmente.

Em 1854 a população de Campinas elevou-se para 14.201 habitantes dos quais mais da metade eram escravos (57,6%); crescera de 1836 a 1854 a taxa de 4,27% a.a., taxa essa maior que a da Província de São Paulo como um todo (2,15% a.a.) e que a da região (3,65% a.a.) (Tabela 2). Na década de 1860, estimativas davam conta de que a população do município era de aproximadamente 20 mil pessoas e que os escravos continuavam a representar pouco mais da metade do total da mesma.

É preciso lembrar que desde 1830 com as dificuldades para a obtenção de escravos, e principalmente a partir de 1850 com a proibição do tráfico, a mão de obra na cafeicultura começou a sofrer alterações. Nas décadas seguintes, o aumento da população de escravos até a Abolição da Escravatura (1888), deveu-se ao remanejamento destas áreas mais estagnadas de produção para a área em expansão; já a de livres se deu pelo crescimento vegetativo, ao movimento migratório interno principalmente, mas também internacional com a entrada das

primeiras levas de europeus para o trabalho em regime de parceria nas fazendas de café e/ou na lavoura de subsistência, na algodoeira, na ferrovia e nas atividades urbanas. O levantamento populacional de 1854 contava 327 estrangeiros morando no município.

Na década de 1860:

Chama atenção o comércio, pelo número de estabelecimentos, a presença do relativamente diversificado segmento de artesãos, e um embrião do setor de serviços e associativo. Nessa fase, dadas às características da atividade predominante (a exploração cafeeira escravista), as cidades ainda não desempenham função central no processo de acumulação. Seu papel é antes o complemento da grande propriedade rural. (...) No caso de Campinas, é preciso considerar, porém, que a cidade é apêndice da maior produção agrícola da província. As fazendas de café, e as fazendas e engenhos de açúcar são certamente os responsáveis principais pelo citado segmento de artesãos, bem como pela parcela ponderável do comércio. Mas a vida da cidade é condicionada também por outra antiga função: a de centro comercial e de comunicações, na antiga rota de Goiás e para uma parte do *quadrilátero do açúcar* (...) (SEMEGHINI, 1991, p. 28).

Essa década foi de grande importância para o município. O uso de novas técnicas do cultivo (com introdução de instrumentos mecânicos), de mão de obra livre, o emprego de novos maquinários, a estrada de ferro que chegou a Jundiaí em 1867 e um ano depois a Campinas, contribuíam para dinamizar o processo de produção e escoamento do café, para a acumulação de capital, para mais investimentos. A Guerra do Paraguai em 1865, por sua vez, gerou oportunidades de trabalho (motivo pelo qual muitos optaram para não serem escalados para a guerra) e a intensificação comercial dado que Campinas ficava na rota para os campos de combate (SEMEGHINI, 1991).

Outro fator importante no período foi o surto algodoeiro, principalmente com a instalação de uma colônia de norte-americanos na região – em local que mais tarde se tornaria a cidade de Americana. Eles trouxeram novas técnicas agrícolas e diversificaram a produção também com o cultivo de frutas, milho e a criação de gado (SEMEGHINI, 1991).

Os trilhos da Companhia Paulista de Estradas de Ferro (1868) e, a partir de 1872, os da Companhia Mogiana de Estrada de Ferro, ligaram Campinas à capital e ao interior do estado. Essas ferrovias facilitaram o escoamento de café para o Porto de Santos, a disseminação dos processos mecânicos de seu beneficiamento e viabilizaram o transporte de gente para as fazendas do café e cidades do interior e para a capital em larga escala – elementos decisivos para a que a produção cafeeira se estabelecesse e progredisse. O encontro dessas duas ferrovias em Campinas demonstra a importância da sua localização geográfica e seu papel no estado frente à economia

cafeeira. Em 1874 a população de Campinas, de 31.397, estava bastante próxima da população da capital da Província (31.385) e 43,5% da sua população era escrava (Tabela 2). Entre 1854 e 1874²⁴ cresceu a uma taxa ainda elevada de 4,05% a.a. enquanto a Província de São Paulo e a região de campinas 3,65% a.a. e 2,07% a.a. respectivamente.

TABELA 2 - População total e escrava. Campinas 1836-1886

Ano	População total	Taxa de crescimento (%a. a.)	População escrava	Taxa cresc. Pop. Escrava (% a. a.)
1836	6.689		3.917	
1854	14.201	4,27	8.190	4,18
1874	31.397	4,05	13.685	2,6
1886	41.253	2,3	9.986	-2,59

Fonte: Levantamentos regionais da população 1836, 1854, 1886. Recenseamento de 1872.

Nos anos 1870 foi criado o Banco de Campinas (1872), iniciaram-se obras para fazer chegar água encanada a vários chafarizes públicos (1875), inaugurada a Santa Casa de Misericórdia (1876), O Hospital Beneficência Portuguesa (1879) e fundada a Companhia Campineira de Iluminação a Gás (1875). Na década seguinte, foi fundada a Companhia Campineira de Água e Esgotos (1887), mas a água tratada para consumo só chegou à população em 1891, assim como as reformas para encanamento do esgoto.

No período de 1870 a 1886, Campinas tornou-se a “capital agrícola” de São Paulo, sendo uma das maiores produtoras de café – então o principal produto de exportação do país. Em 1872 já estava produzindo 1,3 milhão de arrobas de café, em 1886 cerca de 1,5 milhão de arrobas – a metade da produção da região central do estado – atestando sua primazia na produção do estado de São Paulo (SEMEGHINI, 1991). Sua população havia crescido para 41.253 habitantes em 1886, mas a um ritmo menos acelerado que nos períodos anteriores (2,30% a.a.):

Como esse período corresponde à fase da economia cafeeira, identificada com a primeira grande expansão cafeeira, baseada na expansão férrea e na da mão-de-obra imigrante, pode-se afirmar que essa redução no ritmo de crescimento populacional e na participação da população de Campinas constitua reflexo do próprio processo de interiorização da cafeicultura, que foi acompanhada da expansão da população e do surgimento de novos municípios, o que seria expresso também pela diminuição da sua população escrava, no período (SIQUEIRA, 2009, p. 88).

²⁴ Por vários motivos o censo de 1872 foi realizado em São Paulo em 1874. Por isso, alguns autores em suas análises preferem utilizar a data de 1874. Aqui, igualmente, se optou por utilizar 1874.

De fato a população escrava passou a ser remanejada para as novas áreas de expansão cafeeira. Além disso, as diversas leis abolicionistas contribuíram para a redução desse segmento na população de Campinas, que passou inclusive a ser negativa, como se pode ver na Tabela 2. Embora tenha diminuído a taxa de crescimento da população escrava, para o estado de São Paulo ela ainda era positiva (0,21% a.a.), já que parte dessa população era deslocada dentro de seu território. Finalmente em 1888 foi abolida a escravidão no país e os ex-escravos passaram a integrar as estatísticas não mais na condição de cativos, mas de livres.

A cultura e lazer no município naqueles anos cresceram consideravelmente para a época, baseados, sobretudo em investimentos de uma aristocracia cafeeira, mas que fornecia pouco entretenimento às demais classes que compunham a sociedade (camadas intermediárias e pobres). Do fim da década de 1870 e na década de 1880, o número de sociedades recreativas e culturais aumentou consideravelmente e se multiplicaram nesse período. O Hipódromo Campineiro construído em 1878 e vários clubes foram fundados. Além de bibliotecas, as escolas também dotavam a cidade de cultura e conhecimento – o Colégio Culto a Ciência foi instalado em 1874. Nota-se que essas últimas eram mais voltadas às classes intermediária e aristocrática da cidade, visto que o nível de analfabetismo ainda era muito alto no século XIX e início do XX (LAPA, 1995, p. 142). Na época ainda se expandiram atividades de imprensa e em 1887 foi instalada a Estação Agronômica (atual Instituto Agronômico de Campinas).

Nesse período:

Fazendeiros e negociantes unem-se, conjugam esforços, aplicam capitais, constituem companhias para a execução de serviços públicos e dotam a cidade de melhoramentos (...). Instalam a iluminação a gás (1875), as linhas de bondes a tração animal (1879) e as linhas telefônicas (1884) (...) Algumas ruas são calçadas por paralelepípedos e nelas se situam avantajados casarões (...). (SANTOS FILHO; NOVAES, 1996, p. 13).

3.3 População e imigração no final do século XIX

No período seguinte, 1886 a 1900, o município começou a perder o status de maior produtor de café em relação às novas terras produtoras do oeste paulista. Além disso, em 1888 a Abolição da Escravatura trouxe muitos prejuízos aos fazendeiros e à lavoura. Campinas passou então a se destacar cada vez mais devido ao seu desenvolvimento urbano, aos serviços, ao

comércio, aos setores industriais e de construção, à avicultura e atividades pastoris. No ano de 1890 havia no município quatro agências bancárias na cidade e em 1891, sete, sendo que uma delas era a sede do Banco dos Lavradores. O setor industrial de Campinas voltado para bens de consumo, nesse primeiro momento, estava principalmente em mãos de estrangeiros (alemães, italianos, ingleses, franceses e portugueses), que chegavam com o conhecimento de profissões dos países de origem e montavam suas fábricas no município com mão de obra também imigrante. Apenas 20% dos proprietários de indústrias manufatureiras – de alimentos, vestuários, calçados, móveis etc. – eram brasileiros. A constituição do mercado interno e as exigências da produção de café impulsionaram a urbanização e fizeram crescer os investimentos na indústria e em bancos (SEMEGHINI, 1991).

No período de 1886 a 1897, Campinas estava num momento caracterizado pelo segundo surto cafeeiro, na província/estado de São Paulo, totalmente baseado no trabalho livre. As instalações necessárias a apoiar a expansão da cafeicultura em novas terras, o aumento da produtividade e povoamento do território, fundamentaram o crescimento de um mercado interno mais vigoroso, atividades comerciais e financeiras que trouxeram ganhos à economia campineira. Nesse período o fluxo de imigrantes ainda continuava alto para o município, e a taxa anual de crescimento populacional passou a 3,6% a.a. (SEMEGHINI, 1991).

No ano em que seria proclamada a República, em 1889, uma epidemia de febre amarela chegou com muita força à Campinas; uma parcela da população foi dizimada e muitos moradores deixaram a cidade. O recenseamento de 1890 contou então 33.921 pessoas vivendo no município. Comparando com o volume da população contabilizada em 1886, a população teria diminuído em 7.432 pessoas no espaço de quatro anos. Nesse caso, não podemos descartar a possibilidade da população contada em 1890 estar sub-enumerada, pois como é sabido, este censo enfrentou uma série de problemas e dificuldades na sua realização e publicação²⁵. Problemas estes atrelados ao fato de que foi realizado logo após a Proclamação da República, quando o Estado Republicano ainda estava se estruturando.

Sem alternativa no momento e conscientes dos problemas do censo de 1890, arriscou-se utilizar os dados desse censo para traçar um perfil não muito fiel da população em Campinas na época, mas que permite, grosso modo, conhecer algumas características dessa população no início do período analisado por este trabalho.

²⁵ Ver Bassanezi (1998).

Segundo o censo de 1890 havia em Campinas mais homens (17.822) que mulheres (16.099) o que corresponderia a uma razão de sexo de 110,7. Essa população era relativamente jovem – pouco mais de um terço era constituído por pessoas entre 0 e 14 anos. A idade média da população era de 25 anos e a mediana de 23 anos de idade (Tabela 3.). Entre as pessoas de 15 anos e mais, a maior parcela era casada ou viúva (60,8%).

TABELA 3 - População por idade - Campinas 1890

Faixa Etária	População segundo grupos de idade - Campinas 1890	
	Números absolutos	Porcentagem
0 a 4 anos	4.393	12,95
5 a 9 anos	4.030	11,88
10 a 14 anos	3.666	10,81
15 a 19 anos	3.331	9,82
20 a 24 anos	3.020	8,9
25 a 29 anos	2.853	8,41
30 a 34 anos	2.663	7,85
35 a 39 anos	2.655	7,83
40 a 44 anos	2.346	6,92
45 a 49 anos	1.611	4,75
50 a 54 anos	1.191	3,51
55 a 59 anos	675	1,99
60 a 64 anos	626	1,85
65 a 69 anos	293	0,86
70 a 74 anos	238	0,7
75 e mais anos	281	0,83
Sem declaração	49	0,14
TOTAL	33.921	100

Fonte: Diretoria Geral de Estatística - Recenseamento de 1890. Nota: o recenseamento de 1890 não desagrega a população por sexo, segundo idade.

A grande maioria da população campineira era branca, mas os catalogados como não brancos constituíam uma parcela razoável da população (32,1%). Os não brancos além dos classificados como pretos (20,8%) englobavam também os mestiços (9,7%) e caboclos (1,6%); entre os homens 21,5% e entre as mulheres 20,1% eram pretos. Tais números revelam que vivia

em Campinas na época uma importante contingente de ex-escravos e seus descendentes (Tabela 4).

TABELA 4 - População por sexo e cor - Campinas 1890

	Homens		Mulheres		Total	
	Branco	Não branco	Branca	Não branca	Branco	Não branco
		12.132	5.690	10.889	5.210	23.021	10.900
Total	17.822		16.099		33.921	

Fonte: Diretoria Geral de Estatística - Recenseamento de 1890.

A população segundo a instrução mostrava um grau de analfabetismo muito elevado no ano de 1890, 80% não sabiam ler e nem escrever. Dos alfabetizados cerca de um terço era de estrangeiros. Nesses dados estão certamente a interferir a estrutura etária dos estrangeiros que era bem mais velha que a de brasileiros e também o fato dos filhos de estrangeiros nascidos no Brasil serem contabilizados nos censos como brasileiros. Nessa época, os não católicos eram pouquíssimos na população de Campinas (aproximadamente 4%), a maior parte desses era protestante, o que era de se esperar em um país de tradição católica e onde somente com a Proclamação da República ocorreu a separação Igreja e Estado (Tabelas 5 e 6).

TABELA 5 - População segundo a instrução – Campinas 1890

	Alfabetizados		Analfabetos	
	Brasileiros	Estrangeiros	Brasileiros	Estrangeiros
		3.241	1.592	-
Total	4.833		29.088	

Fonte: Diretoria Geral de Estatística - Recenseamento de 1890.

TABELA 6 - População segundo a religião – Campinas 1890

Católicos	Protestantes	Outras	Total
32.657	1.231	33	33.921

Fonte: Diretoria Geral de Estatística - Recenseamento de 1890.

A epidemia de febre amarela que havia dizimado uma parcela razoável da população de Campinas em 1889, ainda se repetiria várias vezes no município na década de 1890, transtornando a vida da população e do município. Contudo, os surtos epidêmicos – que provocaram algumas fugas do município nos primeiros anos de ocorrência – não impediram que

a população crescesse nessa década apesar dos óbitos causados e que a economia local se desenvolvesse. Além do crescimento vegetativo da população nativa, entraram no município centenas de imigrantes estrangeiros (como se verá a seguir) e que também geraram filhos brasileiros. Passado o terror causado pela febre amarela nos anos de 1889 a 1897 no município, os melhoramentos retomaram seu ritmo. Em 1900, o município já contava com dez agências bancárias, o setor manufatureiro continuava em alta e, o segmento metal/mecânico o mais importante. Os setores de serviços e comércio se diversificam e ampliam.

Campinas iniciou o século XX com 67.694 habitantes, segundo o recenseamento de 1900. Infelizmente, o recenseamento realizado nesse ano permanece inacabado e a parte concluída não está totalmente disponível. Foi publicada apenas uma sinopse em 1905²⁶ que traz o volume total da população e desagrega a mesma, segundo sexo. Por isso, não será possível caracterizar a população de Campinas nesse ano, apenas destacar que esta era composta por 35.561 homens e 32.133 mulheres, o que resulta em uma razão de sexo de 110,7, muito semelhante à verificada para 1890.

Nas primeiras décadas do século seguinte (século XX), a população de Campinas havia crescido mais que o triplo em relação à última década do século XIX. Em 1920 chegava a 115.602 habitantes, dos quais 20,3% eram estrangeiros e em 1934 alcançava a cifra de 132.819 pessoas, das quais os estrangeiros representavam 12,0%²⁷. É de se supor, portanto, que na virada do século XX a proporção de estrangeiros tenha sido bem maior no conjunto da população local, uma vez que o auge da imigração de massa para o Estado de São Paulo ocorreu na década de 1890. Nessa década entraram neste estado pouco mais de 30% dos imigrantes chegados entre 1885 e 1934 (LEVY, 1974). Além disso, é preciso lembrar que no conjunto dos brasileiros havia uma grande parcela de filhos brasileiros de estrangeiros.

A chegada de estrangeiros ao município de Campinas e ao estado de São Paulo em geral estava atrelada à expansão da cafeicultura e ao fim da escravidão no país. Políticos e fazendeiros, então, temendo a escassez de mão de obra para o café, organizaram-se para formular uma política de imigração mais eficiente para trazer “braços para a lavoura”, de preferência da Europa Ocidental. No ano de 1886, foi formada a Sociedade Promotora da Imigração em âmbito

²⁶ REPUBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL. Ministério da Industria, Viação e Obras Públicas. Directoria Geral de Estatística. **Synopse do Recenseamento de 31 de Dezembro de 1900**. Rio de Janeiro: Typographia da Estatística, 1905.

²⁷ Infelizmente o Censo de 1920 não desagrega a população por cor, mas acredita-se que ainda nesse período deveria haver uma importante parcela de negros em Campinas.

nacional, para destinação de subsídios à vinda de imigrantes para o estado de São Paulo. A partir de então e até a terceira década do século XX, este estado recebeu mais de dois milhões de estrangeiros, principalmente italianos (Tabela 7).

TABELA 7 - Imigrantes entrados no estado de São Paulo segundo grupos nacionais - 1885- 1934

Período	Portugueses	Italianos	Espanhóis	Outros	Total
1885-1889	18.486	137.367	4.843	6.968	167.664
1890-1894	30.752	210.910	42.316	35.754	319.732
1895-1899	28.259	219.333	44.678	122.983	415.253
1900-1904	18.530	111.039	18.842	22.884	171.295
1905-1909	38.567	63.595	69.682	24.695	196.539
1910-1914	111.491	88.692	108.154	38.335	362.898
1915-1919	21.191	17.142	27.172	36.519	83.684
1920-1924	48.200	45.306	36.502	30.461	197.312
1925-1929	65.166	29.472	27.312	74.443	289.941
1930-1934	17.015	6.946	4.876	100.397	128.899
Total	397.657	929.802	384.377	185.500	2.333.217

Fonte: Levy (1974) *apud* Bassanezi (2012b).

O município de Campinas atrai uma parcela importante do fluxo imigratório subsidiado e espontâneo para o seu território, em função das oportunidades de trabalho que oferecia aos imigrantes. Embora na época tivesse perdido seu status de maior produtor de café para regiões mais a oeste do estado, este município continuava tendo na cafeicultura sua principal atividade econômica e paralelamente, via crescer suas atividades comerciais, financeiras, industriais, a agricultura mercantil de alimentos e matéria-prima para atender um mercado interno em expansão.

Durante o período de 1882 a 1886 vieram, da Hospedaria de Imigrantes da capital para Campinas, 2.544 imigrantes, a maior parte destinada a trabalhar nas fazendas, ao lado de escravos e em obras de infraestrutura. Desses a maioria era composta por italianos (1.928), dos quais 66% migraram sem a família, e 34,4% vieram em unidades familiares. No período seguinte, de 1887 a 1900, entraram 8.087 estrangeiros no município – desses, 6.063 eram italianos, com uma inversão na composição da imigração: apenas 15,05% migraram sozinhos e 84,95% em unidades familiares, dado que a imigração subsidiada privilegiava a introdução de unidades familiares (BAENINGER, 1996). É preciso considerar que esses números referem-se apenas aos imigrantes que passaram pela Hospedaria de Imigrantes de São Paulo. Muitos dos

chegados a Campinas não vieram subsidiados e não constam das estatísticas da Hospedaria e muitos outros, subsidiados ou não, que originalmente foram encaminhados para outros municípios, posteriormente engrossaram a população imigrante local. Esses, no entanto, são difíceis de serem contabilizadas, assim como as saídas dos vários imigrantes que se estabeleceram em Campinas e depois acabaram por migrar para outras localidades.

Em 1890, 20,8% da população de Campinas eram de estrangeiros, na maior parte eram homens (Tabela 8). Porém, a política imigratória e a de subsídios em particular incentivaram a imigração de famílias, o que fez aumentar o número de mulheres a partir de então e certamente em 1900 esta proporção deveria ter sido bem maior.

TABELA 8 - População segundo sexo e nacionalidade - Campinas 1890

	Brasileiros		Estrangeiros	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
	13.797	13.079	4.025	3.020
Total	26.876		7.045	

Fonte: Diretoria Geral de Estatística - Recenseamento de 1890.

3.4 Questões de saúde pública

O período analisado compreende uma época em que incipientes políticas sanitárias surgem a fim de combater as grandes epidemias²⁸:

Iniciando-se com a proclamação e estendendo-se até os acontecimentos de 1930, esse é um período fundamental para explicar o modelo tecnológico e assistencial adotado para as práticas sanitárias, a partir do momento em que a descentralização administrativa do regime republicano possibilitou a elaboração de incipientes políticas de saúde (TELAROLLI JR., 1996b, p. 265).

Dentre os investimentos em infraestrutura no município de Campinas, através do capital gerado pela economia em desenvolvimento principalmente nas três últimas décadas do século XIX, encontram-se os dedicados aos serviços hospitalares. No município foram instalados os hospitais: Irmãos Penteados (1876), Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Campinas (1876) – que além do hospital propriamente dito compreendia também uma capela e o asilo de

²⁸ Quanto às discussões sobre o surgimento de políticas públicas sanitárias no Brasil, ver Telarolli (1996b).

órfãos; Beneficência Portuguesa (1879) e o Circolo Italiani Uniti (atual Casa de Saúde de Campinas) (1884) (BADARÓ, 1986). Além disso, havia os hospitais de Variolosos e o de Morféticos (criados por causa das epidemias de varíola e lepra, que eram as mais preocupantes até 1889). Campinas atendia não apenas os campineiros, mas também a região, assim como estrangeiros que residiam tanto nesta cidade como nos arredores e no interior paulista.

A vida pública na cidade era tão intensa que se justificava a presença de instituições hospitalares e a fiscalização para controle, principalmente da sociedade urbana que se desenvolvia. Era a incorporação de uma “ordem burguesa” sobre a sociedade (LAPA, 2008, p. 130). Os códigos de postura começaram a instituir regras na cidade para manter uma aparência de tranquilidade e cortesia, que acabaram por trazer uma série de melhorias inclusive higiênicas e urbanísticas (como a instalação de lugar próprio para os animais usados no transporte, regras de conduta para pessoas pobres, controle de sons e ruídos, entre diversos outros).

Por outro lado, é preciso salientar que o desenvolvimento econômico e o crescimento populacional de Campinas também trouxeram a uma série de problemas ligados à saúde: a proliferação de epidemias e ocorrência de endemias que obrigavam as autoridades sanitárias do estado a criarem medidas para contê-las com intervenção inclusive no transporte e não só em Campinas, mas no estado de São Paulo como um todo. De fato, a intensa mobilidade espacial da população no estado de São Paulo contribuía, de forma significativa, para a disseminação de epidemias e doenças, que acompanhavam o avanço da linha férrea.

Como consequência, durante as epidemias foram adotadas várias medidas profiláticas relacionadas a esse meio de transporte, como a instalação de estufas nas estações ferroviárias para a desinfecção de roupas e bagagens dos passageiros e pulverizadores para os objetos que não podiam ser submetidos àquele processo. Nos períodos de epidemia, também foi frequente o isolamento e a vigilância dos passageiros procedentes de locais onde grassava a doença (TELAROLLI JR., 1996b, p. 276).

É preciso lembrar que durante o Império, pouco se fez em relação à saúde da população, apenas algumas iniciativas municipais isoladas e pouco efetivas foram postas em prática. Apenas alguns surtos como o da varíola – incidentes na população desde o Império – e, principalmente, o de febre amarela foram capazes de dinamizar as ações governamentais sobre as questões de salubridade.

No caso específico de Campinas, nas décadas finais do Império, ocorriam epidemias de varíola (além de casos endêmicos dessa doença) e a lepra atacava um número razoável de

peessoas, o que preocupava as autoridades locais, levando a Câmara Municipal, em 1886, a nomear uma Comissão de Higiene e Saneamento para o estudo e indicação de medidas tendentes “ao bem da saúde pública”. Cabia a esta Comissão acabar com a epidemia de varíola e prevenir o município contra outras doenças de caráter epidêmico. Além disso, inspecionar casas e quintais e mandar providenciar a limpeza (SANTOS FILHO; NOVAES, 1996). Apesar desses cuidados, nos anos seguintes, o município não escapou de outras epidemias que deixaram sequelas na população local.

A República, proclamada em novembro de 1889, trouxe uma maior autonomia aos estados da federação. Começaram a se estruturar os serviços sanitários no estado de São Paulo, ao mesmo tempo, que seu território era tomado por várias epidemias, principalmente a de febre amarela, mas também de varíola, febre tifoide, a peste, que inclusive prejudicavam os interesses dos cafeicultores. Era preciso melhorar as condições de salubridade, ter uma atuação mais permanente e vigilante sobre a sociedade, enfim estabelecer uma política de saúde pública efetiva no estado de São Paulo.

A frequência de surtos epidêmicos e a maior incidência de doenças endêmicas transmissíveis que ocorriam no território paulista – que, inclusive, prejudicavam a lavoura cafeeira – levou à necessidade de melhorias das condições de salubridade e de uma atuação mais efetiva e vigilante sobre a sociedade, e também a uma polícia médica (que compreendia a garantia dos bons costumes em relação à higiene na população, ao código de comportamento e medidas governamentais para contenção de epidemias).

Campinas, como outros municípios paulistas, vivenciou vários surtos de febre amarela, na época analisada²⁹. O primeiro em 1889, quando a febre amarela ‘subiu’ a Serra do Mar e chegou ao planalto paulista, e quatro outros na década de 1890 (1890, 1892, 1896 e 1897); a partir de então a febre amarela no local se tornou endêmica, depois das obras de saneamento efetuadas na cidade “constituídas pela drenagem dos pântanos, instalação de redes de água e esgoto e extinção dos focos de proliferação dos mosquitos” (SANTOS FILHO; NOVAES, 1996, p. 35).

Inesperado, o surto de 1889 provocou espanto, terror e pânico na população local. Sem preparo para tratamento e contenção da propagação da doença, a cidade dada sua posição como centro econômico e social, recebeu ajuda financeira e técnica de diversos locais do país,

²⁹ Sobre esses surtos ver Santos Filho e Novaes (1996).

principalmente do Rio de Janeiro e outras cidades paulistas. “Os governos da Província e do Império enviaram comissões de médicos, acadêmicos de medicina, farmacêuticos, enfermeiros e desinfetadores. As autoridades municipais e cidadãos abnegados coadjuvaram no que puderam” (SANTOS FILHO; NOVAES, 1996, p. 10).

Em 1889 não se tinha conhecimento sobre o agente transmissor da febre amarela. Apesar de diversos estudos durante a década de 1880, apenas em 1900 se confirmou a origem microbiana dessa epidemia³⁰. Mesmo assim, algumas medidas de infraestrutura – como melhoramento das vias públicas, drenagem de charcos, destruição de recipientes com água, etc. – acabaram por evitar maior proliferação dos mosquitos. Além disso, foram instalados hospitais e enfermarias de atendimento.

Durante a epidemia de 1889, a Câmara Municipal já adotara drásticas medidas de higiene preventiva - muitas delas, também adotadas nos surtos posteriores analisados mais adiante:

As vias públicas receberam camadas de piche e foram irrigadas quase que diariamente ao anoitecer, enquanto barricas de alcatrão queimavam dia e noite nas esquinas das ruas centrais. Acendiam-se fogueiras alimentadas por ervas cheirosas. (...) as residências passaram por rigorosa desinfecção (...) móveis e objetos encontrados nos aposentos das vítimas fatais da febre eram destruídos e queimados (...). Para evitar o contágio (...) enterravam-se os cadáveres à noite. (...) Um fio telefônico especial foi instalado para ligar diretamente o cemitério do Fundão (cemitério da Saudade) ao Lazareto do Guanabara (SANTOS FILHO; NOVAES, 1996, p. 44-45).

Tendo como pano de fundo esses contextos e os aspectos teóricos, abordados anteriormente, buscou-se a seguir analisar as informações contidas nos óbitos ocorridos em Campinas no período de 1890 a 1900, desenhando o perfil da mortalidade nesse momento, com atenção especial à mortalidade segundo causa de morte e nacionalidade, e dessa forma, agregar

³⁰ É preciso lembrar que nos primeiros anos da República foram criados diversos institutos de pesquisa biomédica no Brasil. O desenvolvimento da microbiologia provocou diversas mudanças nas práticas profiláticas, diagnósticos e mesmo o conceito de doença (TEIXEIRA, 2004). A década de 1890 foi o período em que mais sofreu transformações desse tipo, pois os estudiosos da recente ciência biológica estavam em constante diálogo com autoridades científicas estrangeiras, trazendo novidades que transformaram conceitos antigos. Dentre os profissionais inovadores da época encontramos Adolpho Lutz, um médico e cientista brasileiro que assumiu a responsabilidade do Instituto Bacteriológico criado em 1892. Através das ações deste Instituto, foi possível, na época, interferir nas condições de saúde da população paulista e controlar a propagação da febre amarela no estado, além da cólera, febre tifoide e outras doenças.

novos elementos ao estudo dessa variável da dinâmica demográfica (ainda pouco estudada) em uma época conturbada da vida do município.

CAPÍTULO 4 - À LUZ DOS DADOS: ASPECTOS DA MORTALIDADE EM CAMPINAS (1890-1900)

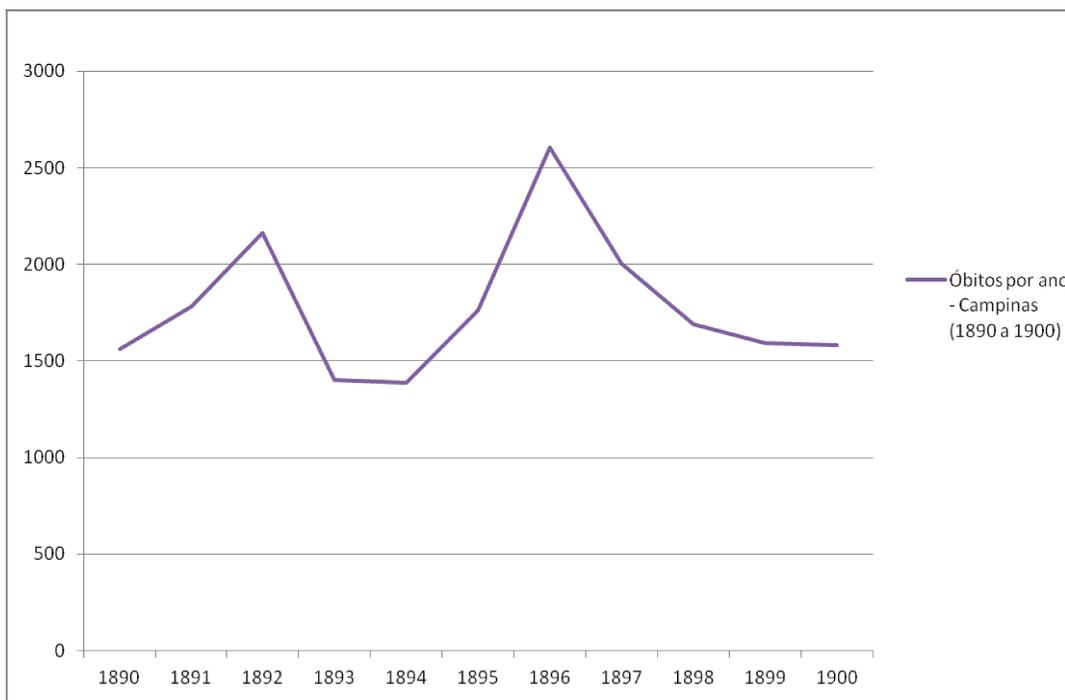
No final do século XIX, assim como no passado mais distante em geral, uma série de motivos impedia que mortes fossem registradas nas paróquias ou nos cartórios (quando da separação Estado e Igreja). A distância entre os locais de registro e o local de ocorrência do óbito, o desconhecimento ou desvalorização do registro civil por parte de familiares e ainda o fato de que, nos anos iniciais da República, registrar os falecimentos nos cartórios não era ainda uma prática arraigada em toda população brasileira, todos eles respondem entre outros pelo sub-registro de óbitos nos anos analisados.

É possível que em Campinas, o sub-registro de óbitos nesses anos tenha sido menor que em outros locais, dado à existência de dois cartórios (e mais tarde, quatro), e também ao grau de desenvolvimento socioeconômico desse município. Todavia, como esclarecido no segundo capítulo, não foi possível trabalhar com todos os óbitos registrados no município, mas com uma parcela significativa e representativa deles.

4.1. Os óbitos no decorrer do tempo e suas causas

A evolução dos óbitos, na década analisada, não seguiu de forma linear, seu volume variou de ano para ano. Os anos que apresentam uma expressiva quantidade de óbitos: 1890, 1892, 1896 e 1897, foram anos de surto de febre amarela, enfermidade que fizera já muitas vítimas em 1889, quando surgiu pela primeira vez de forma epidêmica no município. Portanto, no período analisado, Campinas experimentou quatro anos de mortalidade extraordinária devido aos surtos epidêmicos e sete anos de mortalidade ordinária, ou seja, dentro da normalidade esperada para os padrões do local e época (Gráfico 1 e Tabela 1).

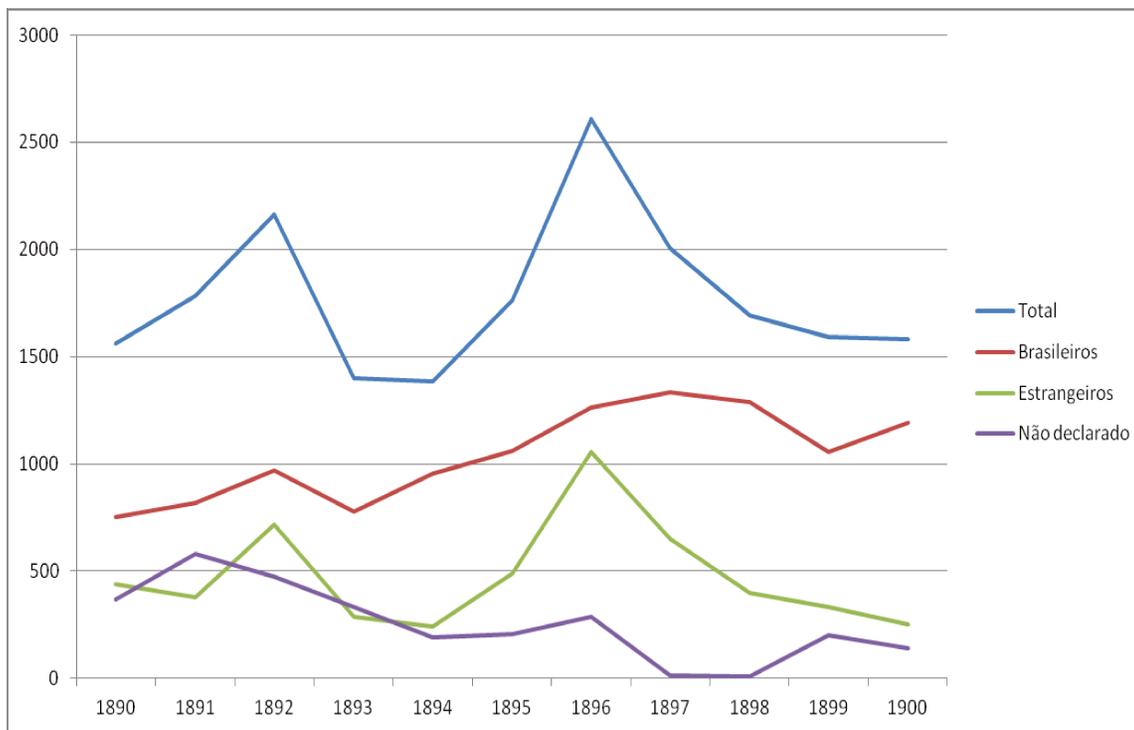
GRÁFICO 1 - Óbitos por ano – Campinas (1890 a 1900)



Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp). Estatísticas Demógrafo-Sanitárias do Estado de São Paulo 1897 a 1900.

Desagregando esses dados segundo a nacionalidade dos falecidos, observa-se que esses picos de mortalidade nos anos de surtos de febre amarela foram mais incidentes e marcantes entre os estrangeiros. De fato, a febre amarela afetou mais os estrangeiros, porque recém-chegados, não haviam adquirido imunidade a esta enfermidade. Tal situação ocorreu também na Argentina segundo pesquisa realizada por Celton (1998). Entre os brasileiros, nota-se que houve um aumento na mortalidade após o ano de 1896 – compatível com o aumento da população brasileira no local. Nesse aumento populacional, contam-se também os filhos de estrangeiros nascidos no Brasil. A queda no número de óbitos de brasileiros observada em 1899, pode ser atribuída ao descuido na anotação da nacionalidade, uma vez que se observa, ao mesmo tempo, um aumento dos óbitos com nacionalidade não declarada, provavelmente a maior parte de brasileiros (Gráfico 2).

GRÁFICO 2 - Óbitos por ano segundo a nacionalidade – Campinas 1890 a 1900



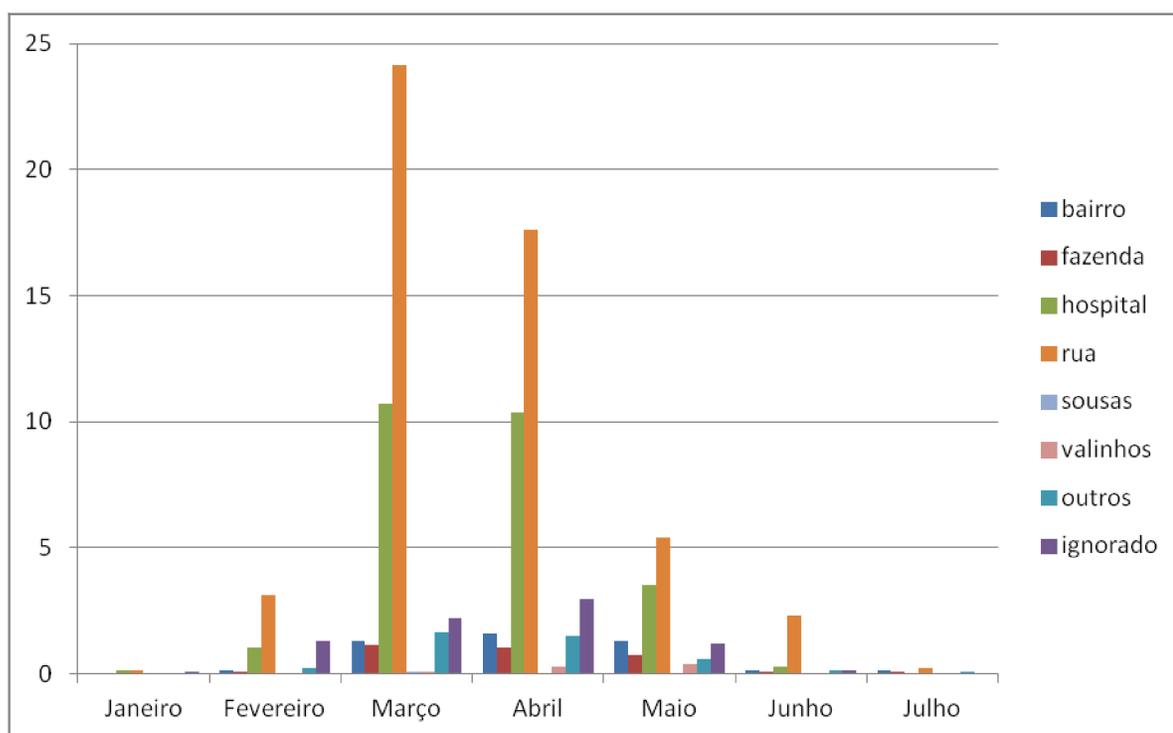
Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp). Estatísticas Demógrafo-Sanitárias do Estado de São Paulo 1897 a 1900.

A epidemia de febre amarela de 1890, mais fraca do que a ocorrida em 1889, eclodiu em fevereiro (embora tenham sido registrados alguns casos em janeiro), atingiu o ápice em abril e declinou em maio, ceifando cerca de três centenas de vidas. As informações sobre ela são escassas nos jornais da época – alguns deles chegaram mesmo a defender, junto com alguns médicos, a ausência da enfermidade no município, quando surgiram os primeiros casos. Também, por restrições da Intendência Municipal, *não há informações sobre doentes atendidos nos hospitais da cidade à exceção do Lazareto do Fundão. Apenas este e a Sociedade Portuguesa de Beneficência internaram amareletos* (SANTOS FILHO; NOVAES, 1996, p. 197). De acordo com os registros do banco *Eventos Vitais* apenas 94 casos foram atendidos nestes hospitais e nenhum caso nos demais. É possível, no entanto, que estes números tenham sido maior, uma vez que o banco de dados trabalhado não contém todos os óbitos ocorridos.

Embora a febre amarela não tenha ficado restrita a apenas um lugar, mas fez vítimas também nas fazendas, em Sousas e Valinhos, ela foi mais incidente no núcleo urbano. Nota-se que mais de 79% dos falecimentos por esta doença ocorreu mais próximo ao centro da cidade, no

que aqui se considerou ruas e hospitais (Gráfico 3). Isso ajuda a entender que grande parte da população da cidade se refugiava nas fazendas e área rural em geral, conforme salienta Santos Filho e Novaes (1996) e Telarolli Jr. (1997). O centro de Campinas nos períodos de surtos virava foco de contaminação.

GRÁFICO 3 - Porcentagem dos óbitos por febre amarela segundo a localidade e mês – Campinas 1890 a 1900



Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: Total de 1.384 registros, apenas 318 com local e data informados.

O ano de 1891 não sofreu surto de febre amarela, o que foi atribuído às reformas do esgoto da cidade. O grande revolvimento de terras e o encanamento do esgoto levaram a crer que os agentes transmissores pudessem ter sido removidos em grande escala (SANTOS FILHO; NOVAES, 1996). Contudo, neste ano de 1891 houve muitos casos de *brucopneumonia* e *brunquite*. Nos meses de inverno – julho e agosto principalmente – subiu o número de óbitos dessas enfermidades em relação aos outros anos, chegando a duplicar comparado aos números dos anos anterior (1890) e posterior (1892) e aos demais anos da década (Tabela 9). Os casos de *atrepsia* (má absorção dos alimentos) e *enterite* também foram notórios neste ano, sobretudo, dobrando o número de casos na primeira e triplicando na segunda, em relação ao ano anterior.

Em 1890 foram registrados apenas 6 casos de óbitos por *sarampo*, enquanto que em 1891 houve 59 casos, o que pode indicar um surto epidêmico sem grande proporção, tendo em vista os surtos de febre amarela que levou a óbito muito mais gente. Este pico ocorreu apenas neste ano, mantendo-se numa média entre 5 e 10 casos por ano. E um número grande de óbitos nos meses de outubro, novembro e dezembro quando a mortalidade por doenças dos aparelhos digestivo e anexos – *atrepsia*, *enterite*, *gastroenterite* – foi maior que nos outros anos.

Em 1892 a febre amarela reapareceu, atingindo algumas poucas centenas de pessoas, mas a letalidade foi menor – 215 casos de óbito por essa doença – porque uma série de medidas foi tomada, como: de saneamento diminuindo o foco de mosquitos transmissores, desinfecção de casas, drenagem etc.. A epidemia começou no *Bairro da Ponte Preta, bairro extremo da cidade, construído de casinhas pobres habitadas por italianos, muitos deles recém-chegados de Santos, onde havia febre amarela epidêmica (...)* (SANTOS FILHO; NOVAES 1996, p. 218). A febre amarela continuou afetando mais os imigrantes e os socioeconomicamente mais pobres. Também neste ano os casos de óbitos por *varíola* triplicaram em relação aos dois anos anteriores, que apresentou o maior pico da década; depois os óbitos de *varíola* diminuíram e entre 1896 e 1900 não foi registrado nenhum caso de óbito por essa doença. Os casos de óbito por malária também aumentaram consideravelmente, e este ano foi o de maior letalidade por febre maculosa (Tabela 9).

Os anos seguintes 1893, 1894 e 1895 não houve mortalidade extraordinária, a não ser um aumento breve, mas significativo de óbitos por *pneumonia* em 1895, que se estendeu com menor incidência em 1896. Os óbitos seguiram o caminho da normalidade, com exceção do mês de abril a junho de 1895, quando se observou uma proporção maior de óbitos que nos demais meses e anos, devido a *atrepsia*, *febre amarela* e *febre maculosa* que, embora não fossem casos tão numerosos, se concentraram neste período (Tabela 9).

TABELA 9 - Óbitos por ano segundo principais causas – Campinas 1890 a 1900

Causas	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1899	1900	Total
Atrepsia	77	158	113	82	76	92	95	58	64	815
Broncopneumonia	19	86	39	58	53	0	0	46	42	343
Bronquite	37	68	38	41	32	25	30	40	34	345
Enterite	27	91	78	45	42	57	72	62	55	529
Enterocolite	15	31	45	27	19	31	17	29	37	251
Febre amarela	336	0	252	11	2	44	731	5	3	1384
Febre maculosa	0	0	100	8	3	41	19	0	0	171
Gastroenterite	31	71	28	36	60	49	55	53	60	443
Malária	19	35	74	17	20	36	27	9	6	243
Marasmo	31	63	65	30	39	52	41	55	50	426
Moléstias orgânicas do coração	81	105	98	104	76	65	74	74	81	758
Pneumonia	11	29	16	13	14	76	64	21	22	266
Sarampo	6	67	12	6	0	5	1	0	12	109
Tuberculose	74	65	73	85	84	67	85	91	98	722
Varíola	25	26	93	10	1	3	0	0	0	158
Vermes	29	40	39	39	8	10	6	23	28	222
Outras	407	525	605	461	389	375	419	536	566	4283
Sem declaração de moléstia	322	313	382	287	461	730	864	199	183	3741
Moléstias não identificadas	13	10	11	40	7	4	6	20	8	119
Total	1560	1783	2161	1400	1386	1762	2606	1321	1349	15328

Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepto/Unicamp).

Nota: Não constam os registros de 1897 e 1898, assim como os dados de Sosas e Valinhos de 1899 e 1900.

Novos surtos de *febre amarela* aconteceram em Campinas nos anos de 1896 e 1897. Em fevereiro de 1896 esta doença voltou em forma epidêmica depois de alguns anos de tranquilidade, atingiu o clímax em março e abril, extinguindo-se em julho. O bairro do Botafogo foi um grande foco de febre amarela, de onde se alastrou para o centro da cidade. As precauções e medidas tomadas pelas autoridades foram as mesmas de antes: enfermarias foram reabertas, fossas e poços, desnecessários após a inauguração da rede de água e esgoto, foram entupidas; higiene de prédios urbanos e desinfecção das casas, drenagem de córregos, arborização de ruas, criação de um serviço de visitas para desinfecção de residências, que deveriam ser caiadas duas vezes por ano e eliminação de cortiços etc. Tudo determinado pelas autoridades municipais, até que o Governo do Estado de São Paulo resolveu, pela lei de 3.8.1896, assumir a responsabilidade do saneamento de Campinas (SANTOS FILHO; NOVAES, 1996, p. 251).

Como anteriormente, muitas pessoas deixaram a cidade, principalmente as pertencentes às camadas mais abastadas. As camadas médias e mais baixas da população, onde se inseriam os imigrantes estrangeiros foram as maiores vítimas novamente:

[O] sentimento de posse das classes dominantes em relação à cidade, o processo de modernização do espaço urbano exerceu, sobre os pobres (nacionais e estrangeiros) e

escravos maior controle social e disciplinar no modo como ocupar e circular no espaço urbano (LAPA, 1995).

Assim, todas as formas de normatização e racionalidade da vida urbana teriam atingido com maior rigor as classes populares, principalmente no que diz respeito à salubridade dos espaços públicos e habitações coletivas (Lapa, 1995). Essa postura se tornaria mais rígida a partir da última década do século XIX, quando passariam a afluir para o centro da cidade imigrantes saídos das fazendas, passando a disputar os empregos e espaços urbanos com outros grupos populares, com os nacionais e ex-escravos. Nesse momento, Campinas assistiria ao que se denominou por um “inchaço” urbano, expresso pelo aumento no fluxo de população, principalmente os italianos, para a cidade, que passaram, na sua maioria, a residir em cortiços, em precárias condições sanitárias (SIQUEIRA, 2008, p. 118).

No segundo semestre de 1896, Campinas passou a sediar o 2º Distrito Sanitário Estadual e foram instaladas, em caráter permanente, a Comissão Sanitária e Comissão de Saneamento. Apesar destas e de outras providências um novo surto de febre amarela eclodiu em 1897, começando em janeiro/fevereiro, atingindo o auge em abril/maio, terminando nos primeiros dias de junho (SANTOS FILHO; NOVAES, 1996). A partir de 1898 acabaram-se as epidemias de febre amarela, uma das principais causas de morte na década de 1890.

Os surtos epidêmicos de *febre amarela* ocorreram sempre no mesmo período do ano (início em fevereiro, clímax abril/maio e declínio em maio) (Gráfico 4). *E essa circunstância deveu-se naturalmente, à adaptação ou ao condicionamento do ciclo evolutivo do mosquito transmissor às condições climáticas vigentes na época em causa* (SANTOS FILHO; NOVAES, 1996, p. 238)³¹. A atuação de Emílio Ribas, enquanto chefe da Comissão Sanitária de Campinas de 1896 a 1897 produziu melhoramentos das vias públicas, drenagem de charcos, entre outras, e foi importantíssima no controle da *febre amarela* em Campinas e em outras áreas do interior do estado de São Paulo, assim como no controle de outras doenças (varíola, febre tífica, tuberculose, tracoma e outras) (SANTOS FILHO; NOVAES, 1996, p. 18).

As moléstias orgânicas do coração e a tuberculose também tiveram uma incidência importante no conjunto dos óbitos ocorridos nos diversos anos e na década em geral. O ano de 1897 registrou inclusive o maior número de óbitos por *tuberculose* na década. Enquanto as moléstias orgânicas do coração, de um modo geral, atingiam todas as camadas sociais, a

³¹ Foi notória a participação de alguns renomados cientistas (Domingos José Freire Junior (1842-1899), João Batista de Lacerda (1846-1915)) na pesquisa para descoberta da origem microbiana da febre amarela, e tentativa de produzir uma vacina para tal moléstia. Também, Filogônio Lopes Utingaçu (1854-1898) aventou que um mosquito seria o agente transmissor dessa febre, em 1885. Apenas com os estudos de Carlos Juan Finlay Y de Barrés (1833-1915), em Havana, e testado e comprovado posteriormente por uma Comissão de Saúde do Exército norte-americano. A partir disso é que se constataram quais medidas eram possíveis de aniquilar as epidemias de febre amarela (SANTOS FILHO; NOVAES, 1996).

tuberculose incidia geralmente nas camadas mais pobres e, embora fosse motivo de grande apreensão, devido ao volume de pessoas atingidas, seu controle foi ignorado pelas ações estatais ainda por muitos anos (TELAROLLI JR., 1994).

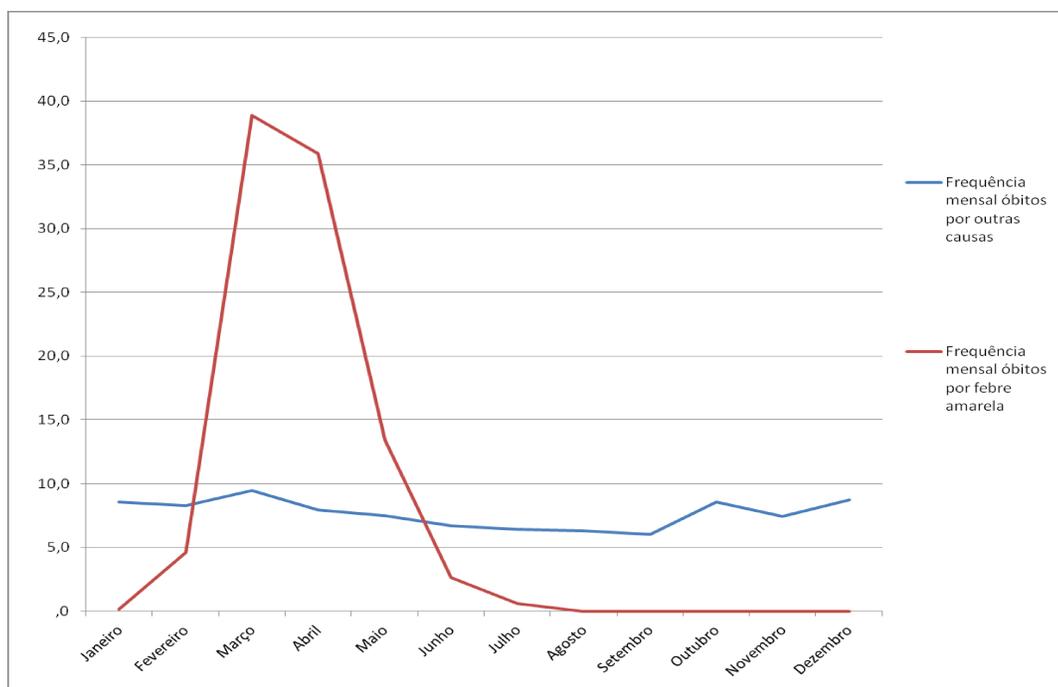
As curvas do Gráfico 4 mostram que os óbitos por outras causas de morte (que não a *febre amarela*) no seu conjunto não apresentavam grandes picos nos meses do ano, mas picos mais suaves nos meses de temperaturas mais altas, primavera e verão. Para ajudar o leitor na compreensão do gráfico, o Quadro 2 traz a classificação de causas de morte utilizada.

QUADRO 2 - Classificação das causas de morte 1894

1ª Natos mortos
2ª Moléstias especiais dos recém-nascidos
3ª Velhice
4ª Mortes Violentas
5ª Moléstias infecciosas e epidemias
6ª Moléstias de generalização e diáteses
7ª Moléstias do sistema nervoso
8ª Moléstias dos aparelhos respiratório e circulatório
9ª Moléstias dos aparelhos digestivo e anexos
10ª Moléstias dos órgãos sexuais e urinários com inclusão das puerperais
11ª Moléstias dos órgãos da locomoção, pele e tecido celular
12ª Moléstias mal determinadas
13ª Mortes por causas não assinaladas

Fonte: SÃO PAULO. Relatório apresentado ao [...], Secretario dos Negócios do Interior do Estado de São Paulo, pelo Director da Repartição da Estatística e Archivo Dr. Antonio de Toledo Piza, 1894.

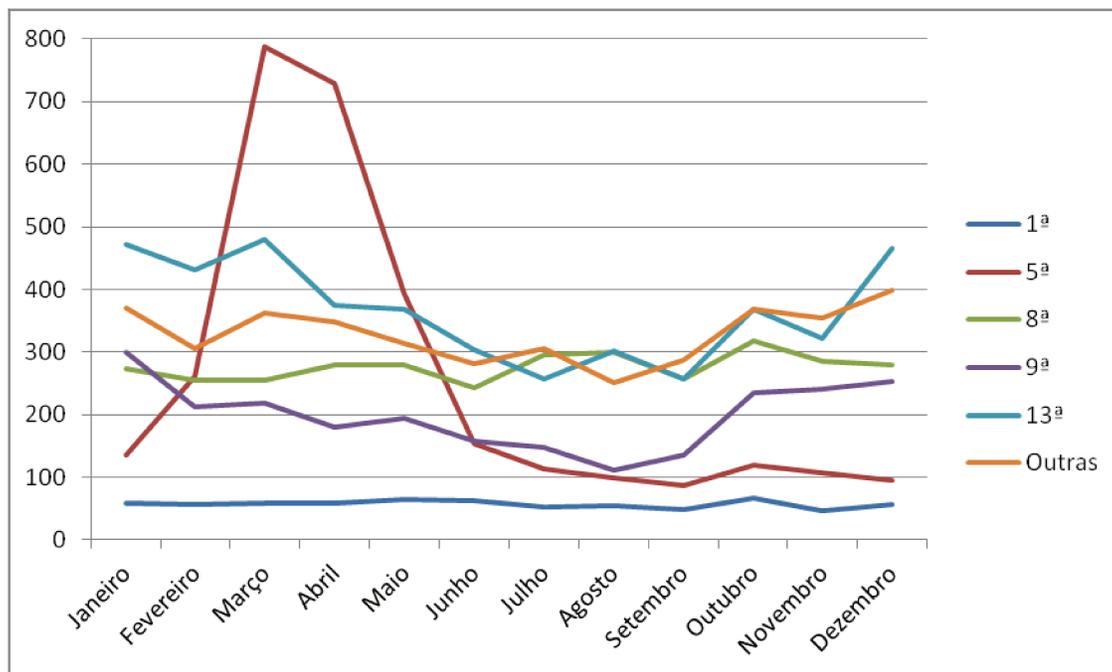
GRÁFICO 4 - Sazonalidade dos óbitos por febre amarela e outras causas - Campinas (1890 a 1900)



Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* – Observatório das Migrações: fases e faces do fenômeno migratório no estado de São Paulo. Estatísticas Demógrafo-Sanitárias do Estado de São Paulo 1897 a 1900.

O leve pico da curva relativa aos óbitos produzidos por outras causas de morte que não a febre amarela, em março, deve-se – principalmente pela existência de um número grande de mortes por causas não assinaladas, ou seja, casos de causas não declaradas, e por moléstias dos aparelhos circulatório, respiratório e digestivo. Outros dois picos, um em outubro devido às moléstias dos aparelhos circulatório, respiratório e digestivo, e em dezembro, pelo aumento dos óbitos por doenças do aparelho digestivo, além das causas não declaradas. Os meses de verão (sobretudo, dezembro e janeiro) exibiam um maior volume de doenças do aparelho digestivo, o que pode ser explicado através do clima quente e a proliferação dos micróbios causadores dessas doenças, que levam a óbito, principalmente as crianças. Esta sazonalidade pode ser mais visualizada na Tabela 10 nos Gráficos 5 e 6, que trazem as causas de morte reunidas pelos 13 grupos, que seguem a classificação do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo para 1894, adaptada às necessidades desta dissertação (Anexo 1). Assim como, as moléstias do aparelho digestivo (9ª categoria) incidiam majoritariamente no verão (com picos em dezembro e janeiro), as moléstias dos aparelhos circulatório e respiratório (8ª categoria) eram mais próprias dos períodos de inverno, aumentando em julho e agosto (Gráfico 5).

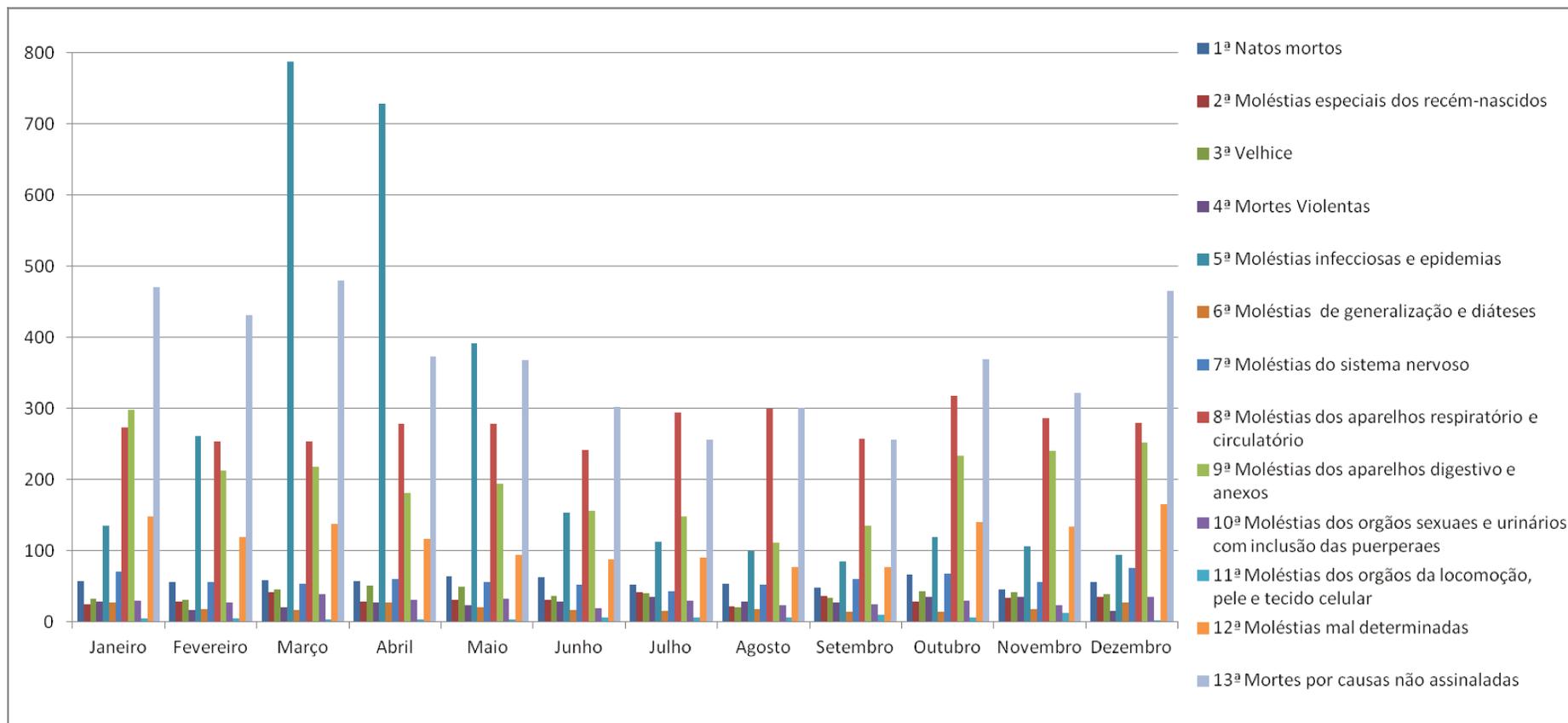
GRÁFICO 5 - Principais causas de óbito por mês - Campinas 1890 a 1900



Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* – Observatório das Migrações; fases e faces do fenômeno migratório no Estado de São Paulo. Estatísticas Demógráfo-Sanitárias do Estado de São Paulo 1897 a 1900.

Como visto anteriormente, as epidemias (classificadas na 5ª categoria) – principalmente febre amarela – se davam mais nos meses de fevereiro a maio. Nota-se que os óbitos de natimortos (1ª categoria) mantiveram-se praticamente numa média estável durante os meses do ano. Se se pensar pela lógica da sazonalidade, a categoria 13 (Moléstias não assinaladas) poderia estar mais ligada às doenças dos aparelhos digestivo e anexos (categoria 9), visto que ela aumentava bastante nos períodos de verão assim como estas. No entanto, não é possível fazer qualquer afirmação, tendo em vista os problemas de preenchimento, alguma eventualidade nos cartórios que causaram a não anotação da maioria das moléstias que levaram ao óbito num período.

GRÁFICO 6 - Sazonalidade dos óbitos por classificação das causas de morte – Campinas 1890 a 1900



Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp). Estatísticas Demográfico-Sanitárias do Estado de São Paulo 1897 a 1900.

Nota: não constam os registros de Sosas e Valinhos para os anos de 1899 e 1900.

TABELA 10 - Sazonalidade dos óbitos por classificação das causas de morte – Campinas (1890 a 1900)

Mês	1ª Natos mortos	2ª Moléstias especiais dos recém-nascidos	3ª Velhice	4ª Morte Violentas	5ª Moléstias infecciosas e epidemias	6ª Moléstias de generalização e diáteses	7ª Moléstias do sistema nervoso	8ª Moléstias dos aparelhos respiratório e circulatório	9ª Moléstias dos aparelhos digestivo e anexos	10ª Moléstias dos órgãos sexuais e urinários com inclusão das puerperais	11ª Moléstias dos órgãos da locomoção, pele e tecido celular	12ª Moléstias mal determinadas	13ª Mortes por causas não assinaladas	Total
Janeiro	58	25	33	29	136	28	71	273	299	30	5	149	471	1607
Fevereiro	56	29	32	17	262	19	56	254	213	28	5	120	431	1522
Março	59	42	46	21	787	17	54	254	218	40	4	138	480	2160
Abril	58	29	51	27	728	27	61	279	181	32	4	117	374	1968
Maiο	65	31	50	24	392	21	57	279	194	33	4	94	368	1612
Junho	63	32	37	29	154	17	52	242	157	20	7	88	303	1201
Julho	53	42	41	36	113	16	43	295	148	30	7	91	257	1172
Agosto	54	22	21	29	100	18	53	300	112	24	6	77	301	1117
Setembro	48	37	34	28	86	15	60	258	136	25	10	78	257	1072
Outubro	67	29	43	35	120	15	68	318	234	30	7	141	369	1476
Novembro	46	34	42	35	107	18	56	286	240	23	13	134	322	1356
Dezembro	56	36	39	16	94	27	76	280	253	36	3	166	466	1548
Total	683	388	469	326	3079	238	707	3318	2385	351	75	1393	4399	17811

Fonte: *Eventos Vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp). Estatísticas Demógrafa-Sanitárias do Estado de São Paulo 1897 a 1900.

Nota: É importante lembrar que dos 15.328 registros, 3.865 não possuem causa de morte declarada, e 1.252 são mal determinadas, ou seja, 25,3% são causas não declaradas, e 8,2% são mal determinadas; 7,8% de casos não contabilizados nesse caso por não possuírem data de óbito declarada.

Quando se separam os óbitos dados por nacionalidade observam-se algumas diferenças entre os brasileiros e estrangeiros, principalmente tendo em vista que a febre amarela fez mais óbitos entre os estrangeiros, também porque entre estes, obviamente não há casos de natimortos e nem de moléstias dos recém-nascidos, e também porque os filhos de estrangeiros nascidos no Brasil foram contabilizados como brasileiros.

Entre os brasileiros as porcentagens de óbitos por doenças dos aparelhos respiratório e circulatório (8ª categoria) e dos aparelhos digestivo e anexos (9ª categoria) diferem quanto aos meses do ano. Os primeiros ocorrem mais nos meses de inverno, enquanto os relativos à nona categoria são mais elevados no verão (Tabela 11 e Gráfico 7).

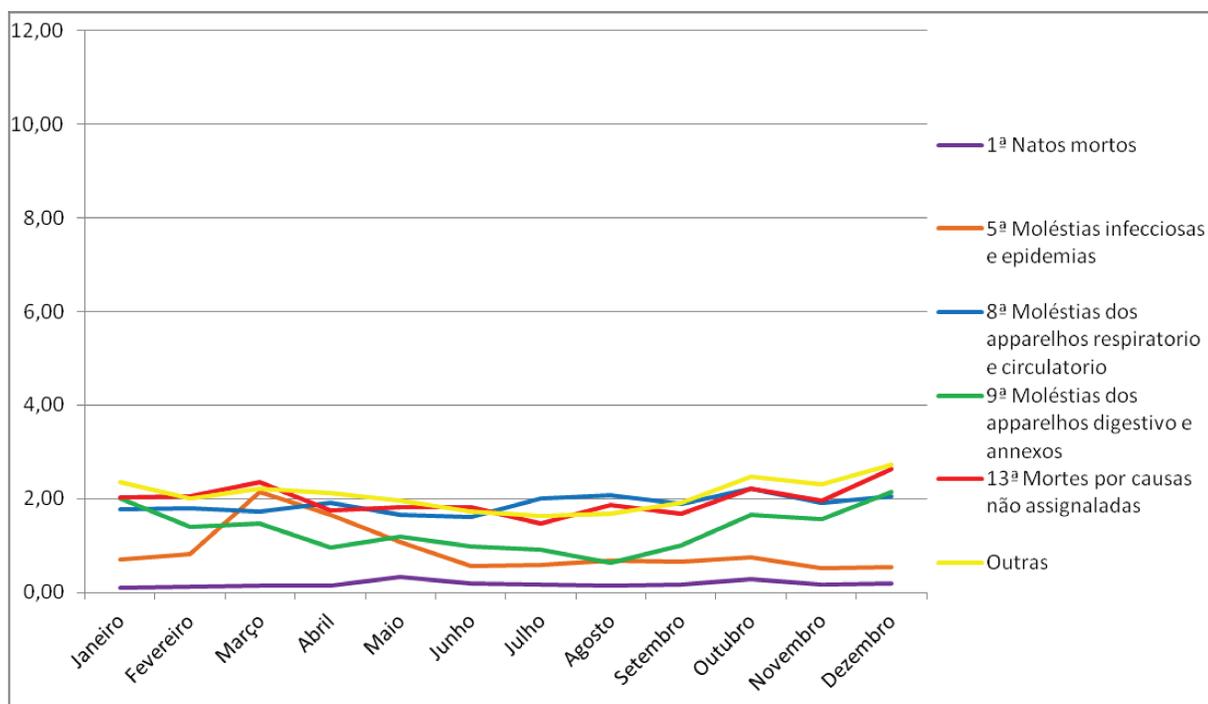
TABELA 11 - Porcentagem dos óbitos de brasileiros por sazonalidade segundo a classificação das causas de morte – Campinas (1890 a 1900)

Mês	1ª Natos mortos	2ª Moléstias especiais dos recém-nascidos	3ª Velhice	4ª Morte Violentas	5ª Moléstias infecciosas e epidemias	6ª Moléstias de generalização e diatheses	7ª Moléstias do systema nervoso	8ª Moléstias dos aparelhos respiratorio e circulatorio	9ª Moléstias dos aparelhos digestivo e anexos	10ª Moléstias dos órgãos sexuaes e urinarios com inclusão das puerperaes	11ª Moléstias dos órgãos da locomoção, pelle e tecido cellular	12ª Moléstias mal determinadas	13ª Mortes por causas não assignaladas	Total
Janeiro	0,09	0,16	0,14	0,15	0,69	0,19	0,44	1,78	2,00	0,16	0,01	1,10	2,03	8,94
Fevereiro	0,12	0,14	0,22	0,05	0,82	0,14	0,30	1,80	1,40	0,15	0,04	0,98	2,04	8,18
Março	0,15	0,21	0,23	0,11	2,15	0,10	0,36	1,73	1,46	0,28	0,01	0,91	2,35	10,06
Abril	0,14	0,14	0,19	0,19	1,64	0,11	0,44	1,90	0,96	0,23	0,01	0,82	1,76	8,53
Mai	0,32	0,12	0,26	0,11	1,08	0,14	0,40	1,66	1,20	0,20	0,04	0,69	1,82	8,02
Junho	0,20	0,10	0,19	0,11	0,56	0,11	0,37	1,62	0,99	0,15	0,04	0,66	1,82	6,90
Julho	0,16	0,17	0,20	0,12	0,58	0,12	0,25	2,01	0,91	0,17	0,00	0,59	1,46	6,76
Agosto	0,14	0,12	0,12	0,12	0,67	0,14	0,41	2,08	0,63	0,14	0,02	0,61	1,85	7,05
Setembro	0,17	0,15	0,20	0,16	0,64	0,09	0,51	1,89	1,01	0,20	0,06	0,56	1,67	7,31
Outubro	0,27	0,11	0,28	0,16	0,75	0,10	0,51	2,21	1,66	0,17	0,04	1,10	2,21	9,58
Novembro	0,16	0,19	0,26	0,17	0,52	0,11	0,32	1,92	1,56	0,15	0,07	1,04	1,95	8,42
Dezembro	0,20	0,20	0,25	0,09	0,53	0,15	0,42	2,04	2,14	0,23	0,02	1,36	2,63	10,26
Total	2,11	1,80	2,53	1,55	10,63	1,48	4,72	22,65	15,92	2,24	0,37	10,41	23,58	100,00

Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: 4,3% dos óbitos de brasileiros não tiveram a data de óbito declarada; não constam os registros de 1897 e 1898, assim como os dados para Valinhos e Sosas para 1899 e 1900.

GRÁFICO 7 - Porcentagem de óbitos de brasileiros por sazonalidade segundo principais causas de morte – Campinas (1890 a 1900)



Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: 4,3% dos óbitos de brasileiros não tiveram a data de óbito declarada; não constam os registros de 1897 e 1898, assim como os dados para Valinhos e Sosas para 1899 e 1900.

Neste Gráfico 7, correspondente aos dados de óbitos para brasileiros, também se pode notar que os óbitos por epidemias e doenças infecciosas em geral (5ª categoria) não foram tão incidentes quanto no grupo de estrangeiros, que apresentou um pico bastante elevado no mês de março, quando ocorria o auge da epidemia de febre amarela juntamente com os óbitos por doenças dos aparelhos digestivo e anexos (Tabela 12 e Gráfico 8).

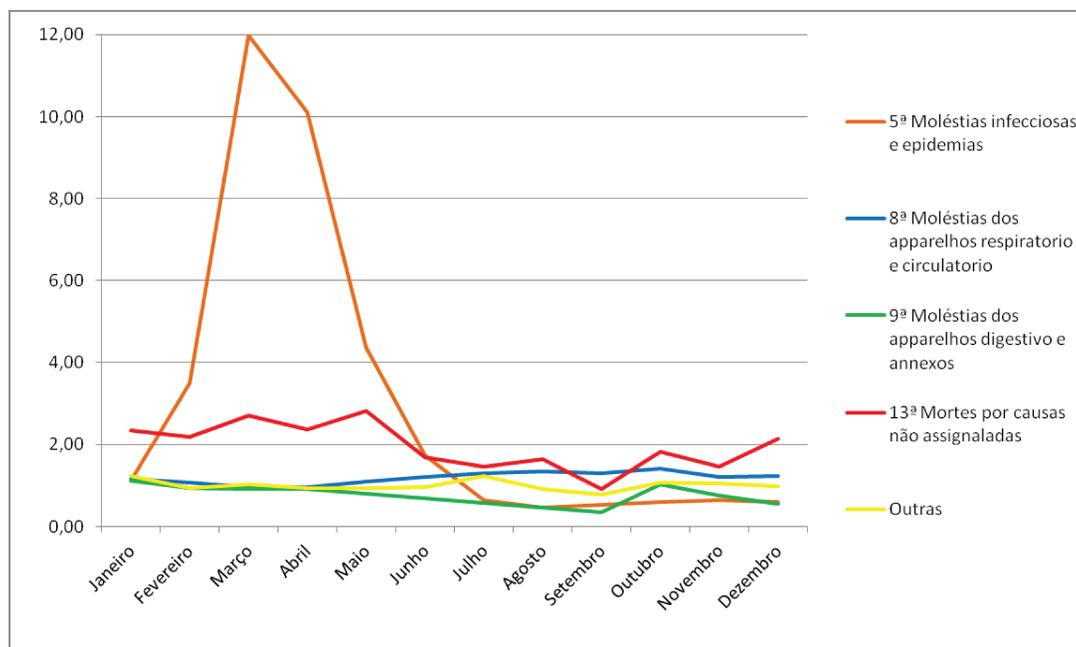
TABELA 12 - Porcentagem dos óbitos de estrangeiros por sazonalidade segundo a classificação das causas de morte – Campinas (1890 a 1900)

Mês	1ª Natos mortos	2ª Moléstias especiais dos recém-nascidos	3ª Velhice	4ª Morte Violentas	5ª Moléstias infecciosas e epidemias	6ª Moléstias de generalização e diatheses	7ª Moléstias do systema nervoso	8ª Moléstias dos aparelhos respiratorio e circulatorio	9ª Moléstias dos aparelhos digestivo e annexos	10ª Moléstias dos órgãos sexuaes e urinarios com inclusão das puerperaes	11ª Moléstias dos órgãos da locomoção, pelle e tecido cellular	12ª Moléstias mal determinadas	13ª Morte por causas não assignaladas	Total
Janeiro	-	-	0,34	0,23	1,12	0,08	0,13	1,17	1,12	0,31	0,08	0,39	2,35	7,33
Fevereiro	-	-	0,47	0,10	3,50	0,10	0,21	1,07	0,94	0,23	0,05	0,23	2,19	9,11
Março	-	-	0,52	0,10	11,98	0,10	0,21	0,97	0,91	0,21	0,08	0,31	2,71	18,12
Abril	-	-	0,55	0,05	10,10	0,21	0,18	0,97	0,91	0,16	0,05	0,29	2,38	15,84
Maió	-	-	0,31	0,26	4,36	0,13	0,13	1,10	0,81	0,21	0,03	0,18	2,82	10,34
Junho	-	-	0,44	0,21	1,72	0,13	0,16	1,20	0,68	0,16	0,05	0,26	1,70	6,71
Julho	-	-	0,37	0,26	0,65	0,05	0,23	1,31	0,57	0,21	0,13	0,34	1,46	5,59
Agosto	-	-	0,18	0,26	0,47	0,05	0,21	1,36	0,47	0,16	0,03	0,21	1,64	5,04
Setembro	-	-	0,44	0,16	0,52	0,08	0,26	1,31	0,34	0,03	0,08	0,18	0,91	4,31
Outubro	-	-	0,37	0,26	0,60	0,00	0,21	1,41	1,02	0,21	0,08	0,31	1,83	6,29
Novembro	-	-	0,34	0,23	0,65	0,03	0,18	1,20	0,76	0,10	0,10	0,39	1,46	5,46
Dezembro	-	-	0,37	0,13	0,60	0,10	0,34	1,23	0,55	0,13	0,00	0,29	2,14	5,87
Total	-	-	4,70	2,27	36,28	1,07	2,45	14,28	9,08	2,11	0,76	3,39	23,60	100,00

Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: 6,3% dos óbitos de estrangeiros não tiveram a data de óbito declarada; não constam os registros de 1897 e 1898, assim como os dados para Valinhos e Sosas para 1899 e 1900.

GRÁFICO 8 - Porcentagem de óbitos de estrangeiros por sazonalidade segundo principais causas de morte – Campinas (1890 a 1900)



Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: 4,3% dos óbitos de brasileiros não tiveram a data de óbito declarada; não constam os registros de 1897 e 1898, assim como os dados para Valinhos e Sosas para 1899 e 1900.

Conforme mostra o Gráfico 8, os óbitos por doenças dos aparelhos respiratório e circulatório e moléstias dos aparelhos digestivo e anexos (categorias 8 e 9) do grupo de estrangeiros possuíam um comportamento pouco diferente do de brasileiros. No início do ano, até aproximadamente o mês de abril, os óbitos por essas causas atingiam níveis bem próximos, se distanciando uma da outra a partir de maio em que, por ser período de inverno e aumentarem os óbitos por moléstias do aparelho circulatório e respiratório (8ª categoria). Embora nos meses em que a temperatura começa a esquentar (a partir de outubro) os óbitos da categoria 9 se elevavam, mas se mantinham abaixo do nível da categoria 8. Deve-se lembrar da composição da população novamente. Os filhos desses estrangeiros, que estão contados como brasileiros eram atingidos em grande parte por essas moléstias do aparelho digestivo, assim como os nascidos em outro país (Tabela 13).

TABELA 13 - Óbitos de estrangeiros menores de 5 anos de idade por causa de morte – Campinas (1890 a 1900)

Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepe/Unicamp).

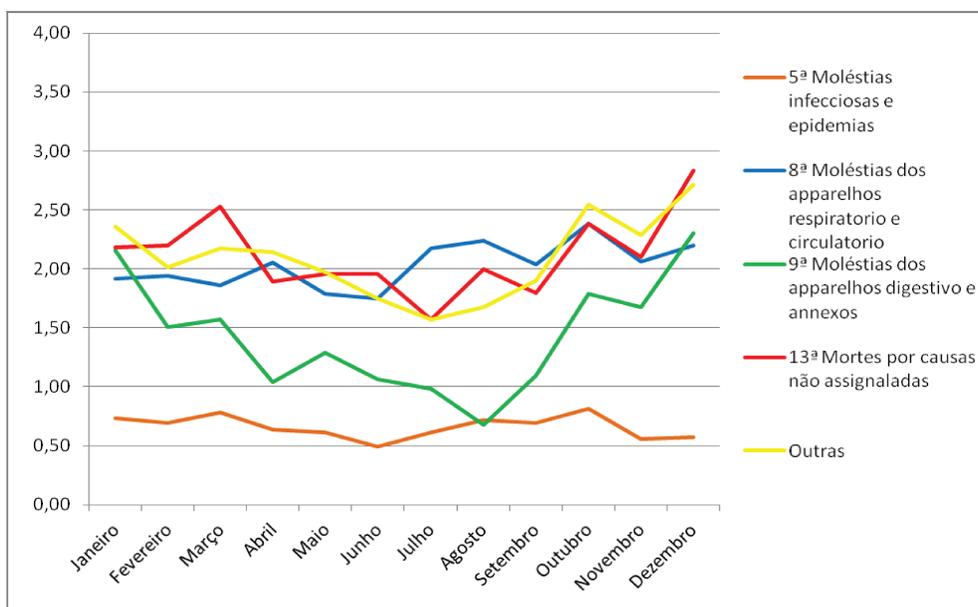
Nota: 4,3% dos óbitos de brasileiros não tiveram a data de óbito declarada; não constam os registros de 1897 e 1898, assim como

Faixa Etária	4ª Mortes Violentas	5ª Moléstias infecciosas e epidemias	6ª Moléstias de generalização e diatheses	7ª Moléstias do systema nervoso	8ª Moléstias dos aparelhos respiratorio e circulatorio	9ª Moléstias dos aparelhos digestivo e anexos	10ª Moléstias dos órgãos sexuaes e urinarios com inclusão das puerperais	11ª Moléstias dos órgãos da locomoção, pelle e tecido celular	12ª Moléstias mal determinadas	13ª Mortes por causas não assignaladas	Total
Menor de 1 ano	3	7	0	3	15	24	1	0	14	68	135
1 a 4 anos	2	73	6	6	36	106	1	1	40	254	525
Total	5	80	6	9	51	130	2	1	54	322	660

os dados para Valinhos e Sosas para 1899 e 1900.

Eliminando os casos de febre amarela, natimortos e moléstias dos recém-nascidos pode-se ter uma noção melhor dos diferenciais por nacionalidade com relação à sazonalidade das causas de morte (Gráficos 9 e 10).

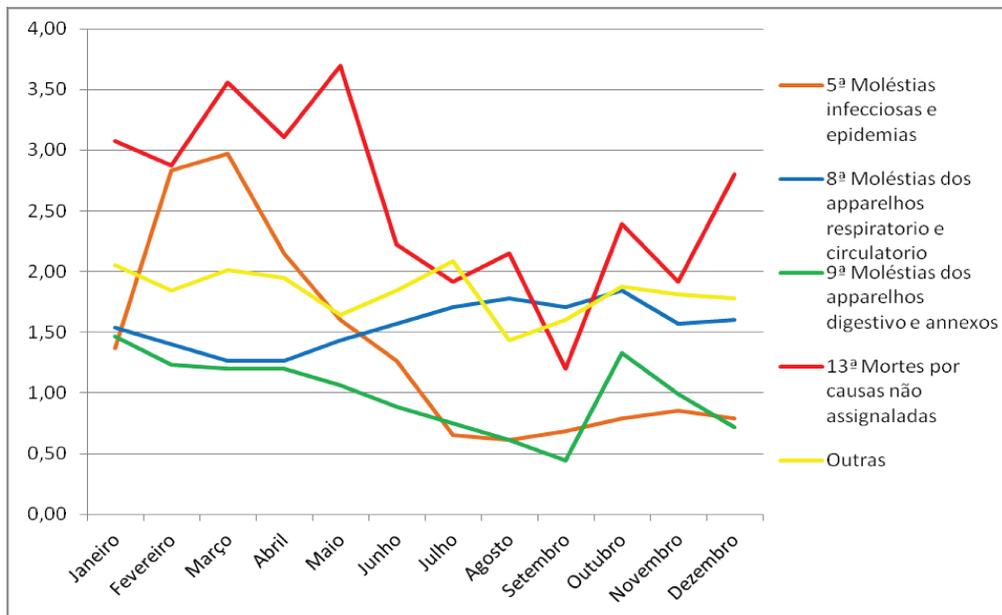
GRÁFICO 9 - Porcentagem dos óbitos de brasileiros por sazonalidade segundo principais causas de morte sem febre amarela – Campinas (1890 a 1900)



Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: Total de 7.508 registros, visto que 4,4% não possuem data declarada; não constam os registros de 1897 e 1898, assim como os dados para Valinhos e Sosas para 1899 e 1900.

GRÁFICO 10 - Porcentagem dos óbitos de estrangeiros por sazonalidade segundo principais causas de morte sem febre amarela – Campinas (1890 a 1900)



Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: Total de 2.926 registros, visto que 7,2% não possuem data declarada; não constam os registros de 1897 e 1898, assim como os dados para Valinhos e Sosas para 1899 e 1900.

As linhas dos gráficos 9 e 10, que trazem apenas a sazonalidade dos óbitos devido às principais causas de morte confirmam o que foi visto nos gráficos 7 e 8, acrescentando que a falta de declaração de moléstias entre os estrangeiros é maior (30,9%, enquanto que entre os brasileiros é de 25%). Nota-se que enquanto entre os brasileiros a porcentagem de óbitos por epidemias e doenças infecciosas chegava a quase 8%, entre os estrangeiros essa porcentagem era o dobro em relação aos brasileiros (16,5%). Apesar de obterem uma porcentagem pouco menor nas categorias 8 e 9 da classificação, os estrangeiros possuem 5% a mais de casos de causas de morte não declaradas (Tabelas 14 e 15).

TABELA 14 - Porcentagem das principais causas de óbitos de brasileiros por sazonalidade – Campinas (1890 a 1900)

Mês	5ª Moléstias infecciosas e epidemias	8ª Moléstias dos aparelhos respiratorio e circulatorio	9ª Moléstias dos aparelhos digestivo e anexos	13ª Mortes por causas não assignaladas	Outras	Total
Janeiro	0,73	1,92	2,16	2,18	2,36	9,35
Fevereiro	0,69	1,94	1,51	2,20	2,01	8,35
Março	0,79	1,86	1,57	2,53	2,17	8,92
Abril	0,64	2,05	1,04	1,89	2,14	7,77
Maiο	0,61	1,78	1,29	1,96	1,97	7,62
Junho	0,49	1,74	1,07	1,96	1,74	7,01
Julho	0,61	2,17	0,99	1,57	1,57	6,91
Agosto	0,72	2,24	0,68	2,00	1,68	7,31
Setembro	0,69	2,04	1,09	1,80	1,90	7,53
Outubro	0,81	2,38	1,78	2,38	2,54	9,91
Novembro	0,56	2,06	1,68	2,10	2,29	8,70
Dezembro	0,57	2,20	2,30	2,84	2,72	10,63
Total	7,92	24,40	17,16	25,41	25,11	100,00

Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: Total de 7.508 registros, visto que 4,4% não possuem data declarada; não constam os registros de 1897 e 1898, assim como os dados para Valinhos e Sosas para 1899 e 1900.

TABELA 15 - Porcentagem das principais causas de óbitos de estrangeiros por sazonalidade – Campinas (1890 a 1900)

Mês	5ª Moléstias infecciosas e epidemias	8ª Moléstias dos aparelhos respiratório e circulatório	9ª Moléstias dos aparelhos digestivo e anexos	13ª Mortes por causas não assignaladas	Outras	Total
Janeiro	1,37	1,54	1,47	3,08	2,05	9,50
Fevereiro	2,84	1,40	1,23	2,87	1,85	10,18
Março	2,97	1,26	1,20	3,55	2,02	11,00
Abril	2,15	1,26	1,20	3,11	1,95	9,67
Mai	1,61	1,44	1,06	3,69	1,64	9,43
Junho	1,26	1,57	0,89	2,22	1,85	7,79
Julho	0,65	1,71	0,75	1,91	2,08	7,11
Agosto	0,62	1,78	0,62	2,15	1,44	6,60
Setembro	0,68	1,71	0,44	1,20	1,61	5,64
Outubro	0,79	1,85	1,33	2,39	1,88	8,24
Novembro	0,85	1,57	0,99	1,91	1,81	7,14
Dezembro	0,79	1,61	0,72	2,80	1,78	7,69
Total	16,58	18,69	11,89	30,90	21,94	100,00

Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: Total de 2.926 registros, visto que 7,2% não possuem data declarada; não constam os registros de 1897 e 1898, assim como os dados para Valinhos e Sousas para 1899 e 1900.

Resumindo, os óbitos ocorridos em Campinas no período de 1890 a 1900, foram ocasionados basicamente por doenças dos aparelhos respiratório, circulatório e digestivo e doenças infecciosas e epidêmicas (Tabela 16).

TABELA 16 - Óbitos segundo a classificação de causa morte – Campinas 1890 a 1900

Classificação das causas de morte	Óbitos	Porcentagem
1ª Natos mortos	689	3,6
2ª Moléstias especiais dos recém-nascidos	399	2,1
3ª Velhice	507	2,7
4ª Mortes Violentas	367	1,9
5ª Moléstias infecciosas e epidemias	3292	17,3
6ª Moléstias de generalização e diáteses	256	1,3
7ª Moléstias do sistema nervoso	743	3,9
8ª Moléstias dos aparelhos respiratório e circulatório	3484	18,3
9ª Moléstias dos aparelhos digestivo e anexos	2502	13,2
10ª Moléstias dos órgãos sexuais e urinários com inclusão das puerperais	371	2,0
11ª Moléstias dos órgãos da locomoção, pele e tecido celular	77	,4
12ª Moléstias mal determinadas	1478	7,8
13ª Mortes por causas não assinaladas	4855	25,5
Total	19020	100,0

Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp). Estatísticas Demógrafo-Sanitárias do Estado de São Paulo 1897 a 1900.

Nota: Faltam 4 registros por não haver classificação definida, sendo o total de 19.020 registros.

Dos 3.292 casos de óbitos classificados na categoria epidemias e doenças infecciosas, a *febre amarela* foi responsável por quase metade dos óbitos ocorridos entre 1890 e 1900, seguindo à distância as demais (Tabela 17). Dos arrolados como sendo dos aparelhos circulatório e respiratório (3.484), 26,7% deviam-se às chamadas *moléstias orgânicas do coração*; a *tuberculose* (26,5%) e a *pneumonia* (21,4%) não ficavam muito atrás nesta categoria (Tabela 18). Entre os óbitos classificados como sendo do aparelho digestivo e anexos (2.502), a enterite, gastroenterite e enterocolite somavam cerca de 60% do total de óbitos (Tabela 19). Essas três doenças são ocasionadas por bactérias ou vírus se instalam no intestino causando inflamação e inchaço, podendo contaminar o estômago (gastrite) e o intestino grosso (colite). São normalmente causadas por ingestão de alimentos ou água contaminados, característica de épocas quentes.

TABELA 17 - Porcentagem de causa de morte relativa às epidemias e doenças infecciosas

Causas de morte	%
febre amarela	48,7
malária	7,4
febre tifoide	7,3
febre perniciosa	6,2
febre maculosa	5,2
varíola	4,8
sarampo	3,5
outras	17,0
Total	100,0

Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp). Estatísticas Demógrafo-Sanitárias do Estado de São Paulo 1897 a 1900.

TABELA 18 - Porcentagem de causa de morte relativa aos aparelhos circulatório e respiratório

Causas de morte	%
Moléstias orgânicas do coração	26,7
tuberculose	26,5
pneumonia	21,4
bronquite	12,8
aterosclerose	2,8
outras	9,8
Total	100,0

Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp). Estatísticas Demógrafo-Sanitárias do Estado de São Paulo 1897 a 1900.

TABELA 19 - Porcentagem de causa de morte relativa aos aparelhos digestivo e anexos

Causas de morte	%
enterite	28,5
gastroenterite	21,2
enterocolite	11,9
vermes	11,2
disenteria	6,7
cirrose hepática	5,3
hepatite	3,0
outras	12,3
Total	100,0

Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp). Estatísticas Demógrafo-Sanitárias do Estado de São Paulo 1897 a 1900;

4.2 Óbitos de estrangeiros vis à vis de brasileiros

Durante os anos de 1890 e 1900 foram registrados nos cartórios de Campinas 11.468 óbitos de brasileiros, 5.250 de estrangeiros e 2.810 que não declararam a nacionalidade do falecido. Acredita-se que a grande maioria dos “não declarados” seriam nacionais, entre esses de crianças, embora não seja possível confirmar (Tabela 20 e Gráfico 11).

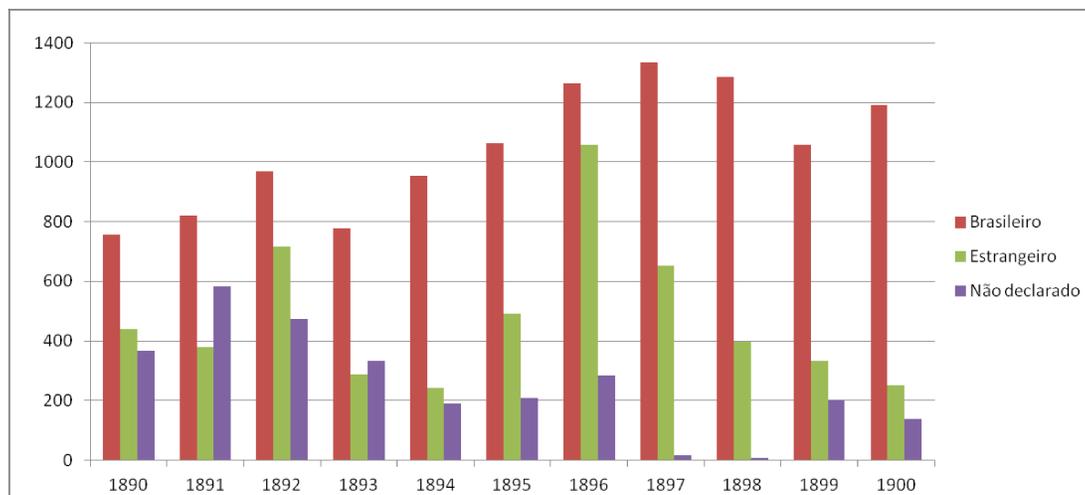
O segmento estrangeiro era composto massivamente por europeus (sobretudo italianos), por pouquíssimos asiáticos e por pouco mais de duas centenas e meia de africanos (263), dos quais 95% faleceram com 60 anos e mais, provavelmente entrados no Brasil antes da extinção do tráfico negreiro em 1850.

TABELA 20 - Óbitos por nacionalidade – Campinas (1890 a 1900)

Nacionalidade	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	TOTAL
Brasileiro	755	820	969	778	954	1062	1263	1334	1287	1056	1190	11468
Estrangeiro	439	380	718	288	241	491	1057	654	397	334	251	5250
Não declarado	366	583	474	334	191	209	286	16	8	203	140	2810
Total	1560	1783	2161	1400	1386	1762	2606	2004	1692	1593	1581	19528

Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp). Estatísticas Demógrafo-Sanitárias do Estado de São Paulo 1897 a 1900.

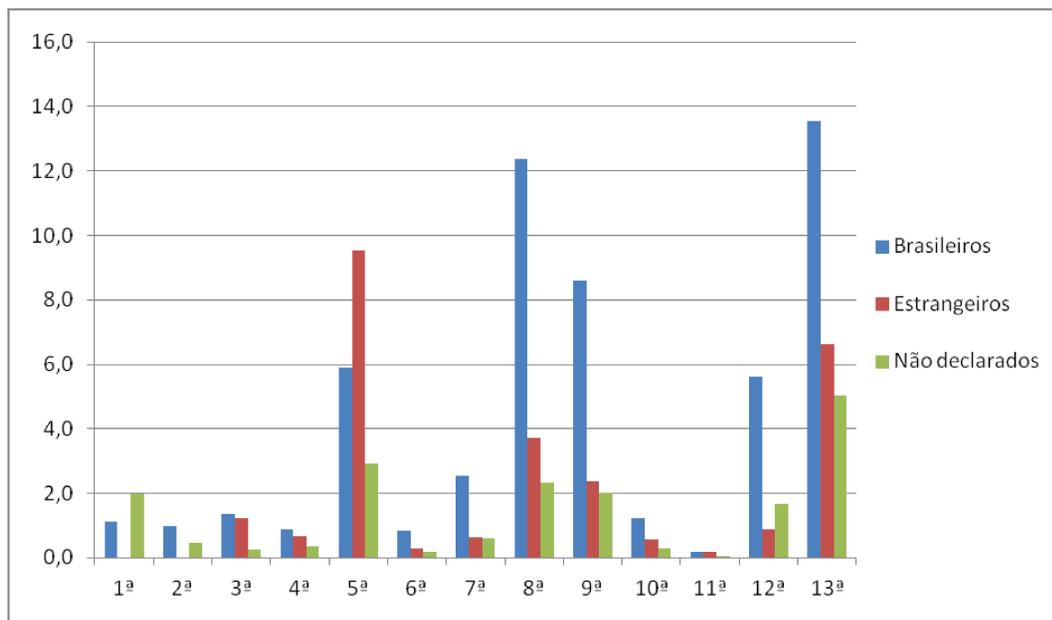
GRÁFICO 11 - Óbitos por nacionalidade – Campinas (1890 a 1900)



Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp). Estatísticas Demógrafo-Sanitárias do Estado de São Paulo 1897 a 1900.

Quanto às causas de morte que levaram os brasileiros e estrangeiros ao óbito, apenas 2/3 foram identificadas nos registros. As causas “não declaradas”, “não identificadas” e “mal determinadas” correspondem à 1/3 dos registros do banco. No entanto, é possível observar que para ambos os grupos (brasileiros e estrangeiros) as principais causas que levaram ao óbito constam nas categorias 5 (Moéstias infecciosas e epidemias), 8 (Moléstias dos aparelhos circulatório e respiratório) e 9 (Moléstias dos aparelhos digestivo e anexos), conforme especificado no item 4.1 deste capítulo. Ainda assim, é notória a diferença entre esses grupos no que se refere às epidemias, que fizeram mais vítimas entre os estrangeiros. Embora as causas da oitava e nona categorias comportam mais vítimas entre os brasileiros, é importante lembrar que entre estes havia muitos filhos de estrangeiros (Gráficos 12, 13 e 14).

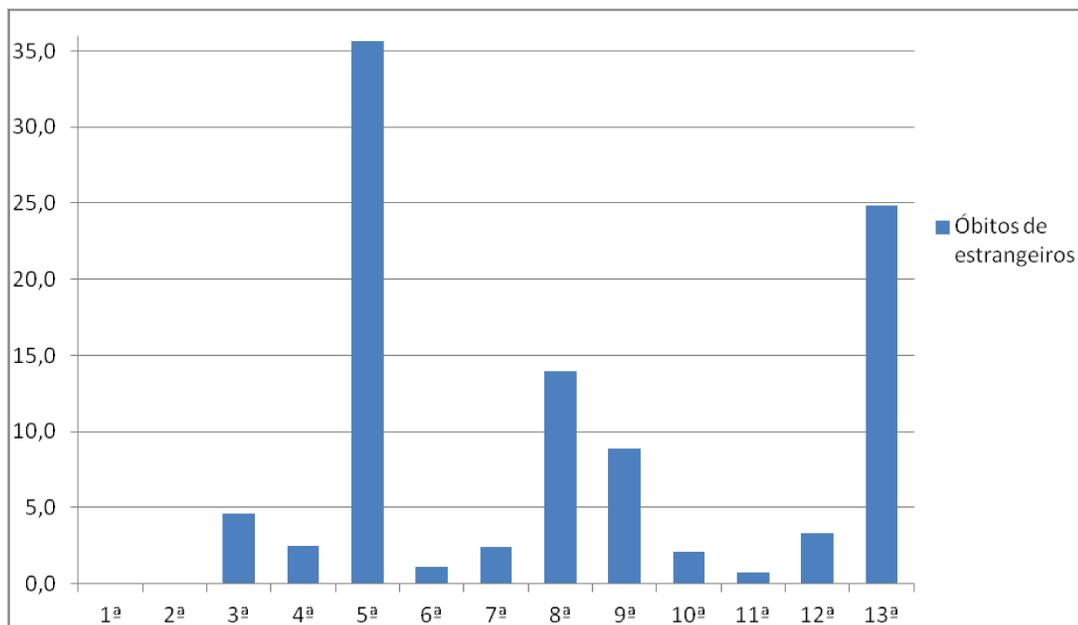
GRÁFICO 12 - Causas de morte por nacionalidade – Campinas 1890 a 1900



Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: Não constam os registros de 1897 e 1898, assim como os dados para Sosas e Valinhos de 1899 e 1900.

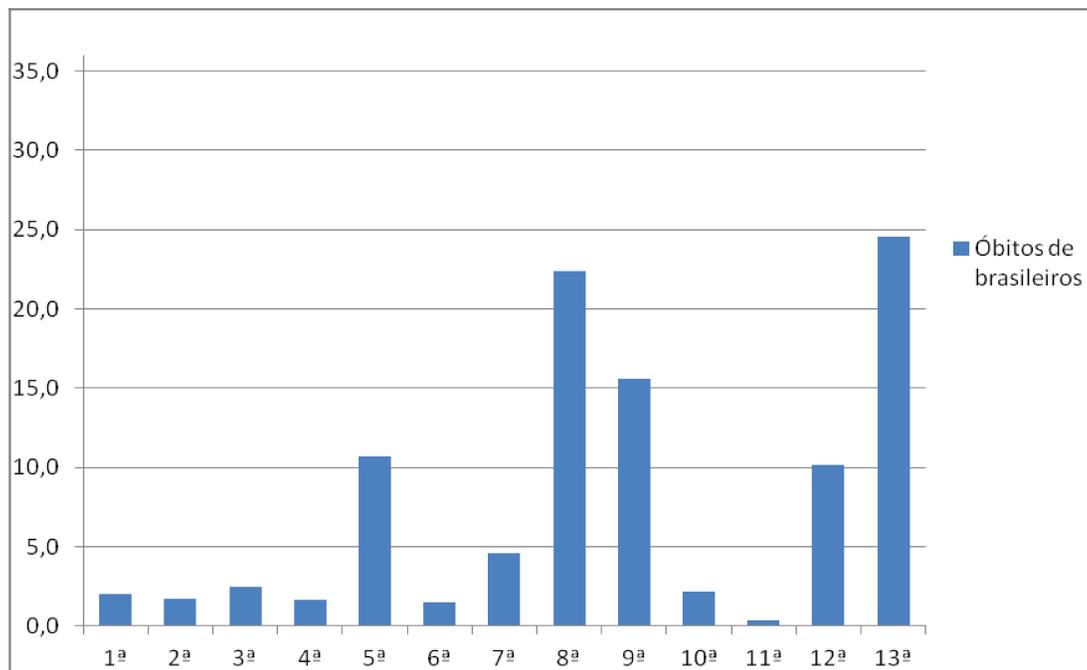
GRÁFICO 13 - Óbitos de estrangeiros por causas de morte – Campinas 1890 a 1900



Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: Não constam os registros de 1897 e 1898, assim como os registros de Valinhos e Sosas para 1899 e 1900.

GRÁFICO 14 - Óbitos de brasileiros por causas de morte – Campinas 1890 a 1900



Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875-1921*(Nepo/Unicamp).

Nota: Não constam os registros de 1897 e 1898, assim como os registros de Valinhos e Sosas para 1899 e 1900.

Infelizmente, como já explicitado, os censos para o período analisado tem muitas limitações, assim como o banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875-1921* e não permitem um cálculo aproximado das taxas de mortalidade da população em geral e dos segmentos nativos e estrangeiros. Em todo caso, não custa fazer o exercício com os dados disponíveis: o censo de 1890 contou 33.921 habitantes no município de Campinas e o número de óbitos contidos no banco de dados e nas Estatísticas Demógrafo-Sanitárias, 1.662 registros, o que daria uma taxa de mortalidade de 49 óbitos por mil habitantes. É preciso lembrar que neste ano Campinas vivenciou um surto de febre amarela. Em 1900, três anos após o último surto de febre amarela no município ocorreram 1.781 óbitos registrados nas mesmas fontes, para uma população de 67.694 pessoas, portanto 26 óbitos por mil habitantes. Em que se pesem as dúvidas em relação a essas taxas, com certeza as providências tomadas pelas autoridades municipais, estaduais e federais para debelar a febre amarela do município com obras de saneamento e de atenção à saúde pública em geral contribuíram certamente para a diminuição das taxas de mortalidade no local no período. Campinas estaria então a caminho de uma nova fase em direção à transição epidemiológica?

Para melhor visualizar as causas que mais afetaram os dois grupos analisados, foram separados em duas tabelas (21 e 22) os dados sem causas de febre amarela por ano.

TABELA 21 - Porcentagem dos óbitos de brasileiros segundo a classificação das causas de morte – Campinas 1890 a 1900*

Classificação causas de morte	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1899	1900	Total
1ª Natimortos	0,01	0,04	0,02	0,15	0,44	0,55	0,47	0,04	0,39	2,10
2ª Moléstias especiais dos recém-nascidos	0,20	0,18	0,21	0,18	0,31	0,05	0,11	0,44	0,13	1,81
3ª Velhice	0,22	0,38	0,37	0,18	0,21	0,35	0,23	0,34	0,26	2,55
4ª Mortes Violentas	0,15	0,13	0,18	0,18	0,27	0,16	0,21	0,21	0,18	1,68
5ª Moléstias infecciosas e epidemias	1,02	1,26	1,90	0,53	0,50	0,83	0,60	0,47	0,58	7,67
6ª Moléstias de generalização e diáteses	0,11	0,17	0,18	0,17	0,13	0,21	0,16	0,20	0,24	1,58
7ª Moléstias do sistema nervoso	0,42	0,38	0,50	0,42	0,66	0,45	0,53	0,59	0,83	4,77
8ª Moléstias dos aparelhos respiratório e circulatório	1,86	2,70	2,28	2,58	2,68	2,40	2,61	2,79	3,27	23,16
9ª Moléstias dos aparelhos digestivo e anexos	1,16	1,68	1,90	1,65	1,70	1,57	1,88	2,20	2,36	16,10
10ª Moléstias dos órgãos sexuais e urinários com inclusão das puerperais	0,18	0,20	0,13	0,29	0,13	0,31	0,27	0,38	0,38	2,28
11ª Moléstias dos órgãos da locomoção, pele e tecido celular	0,02	0,02	0,07	0,02	0,02	0,09	0,07	0,01	0,04	0,38
12ª Moléstias mal determinadas	0,80	1,41	1,27	0,86	0,97	0,94	1,10	1,35	1,82	10,51
13ª Mortes por causas não assinaladas	1,69	1,48	2,25	2,28	3,63	4,98	5,97	1,42	1,70	25,40
Total	7,83	10,03	11,27	9,50	11,66	12,89	14,21	10,43	12,19	100,00

Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: Não constam os registros de 1897 e 1898, assim como os registros de Valinhos e Sosas para 1899 e 1900.

*Não constam casos de febre amarela.

TABELA 22 - Porcentagem dos óbitos de estrangeiros segundo a classificação das causas de morte – Campinas 1890 a 1900*

Classificação causas de morte	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1899	1900	Total
1ª Natimortos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00
2ª Moléstias especiais dos recém-nascidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00
3ª Velhice	0,41	0,73	0,82	0,41	0,54	0,70	0,63	0,79	0,92	5,96
4ª Mortes Violentas	0,41	0,19	0,32	0,22	0,44	0,35	0,48	0,41	0,41	3,24
5ª Moléstias infecciosas e epidemias	1,84	2,16	6,53	1,05	0,63	1,97	1,55	0,60	0,22	16,56
6ª Moléstias de generalização e diáteses	0,10	0,22	0,16	0,25	0,19	0,03	0,13	0,16	0,16	1,40
7ª Moléstias do sistema nervoso	0,13	0,57	0,48	0,35	0,32	0,41	0,25	0,35	0,22	3,08
8ª Moléstias dos aparelhos respiratório e circulatório	1,68	2,60	2,44	2,09	1,30	2,06	2,00	2,09	1,87	18,14
9ª Moléstias dos aparelhos digestivo e anexos	0,73	2,28	1,81	1,01	0,70	1,49	1,05	1,43	0,98	11,48
10ª Moléstias dos órgãos sexuais e urinários com inclusão das puerperais	0,13	0,25	0,25	0,38	0,29	0,19	0,29	0,48	0,48	2,73
11ª Moléstias dos órgãos da locomoção, pele e tecido celular	0,06	0,06	0,10	0,16	0,00	0,22	0,13	0,03	0,16	0,92
12ª Moléstias mal determinadas	0,41	0,98	0,98	0,32	0,13	0,32	0,51	0,19	0,44	4,28
13ª Mortes por causas não assinaladas	2,41	2,00	3,96	2,60	3,08	6,95	8,82	1,74	0,67	32,22
Total	8,31	12,05	17,86	8,85	7,61	14,68	15,83	8,28	6,53	100,00

Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: Não constam os registros de 1897 e 1898, assim como os registros de Valinhos e Sosas para 1899 e 1900.

*Não constam casos de febre amarela.

A partir destas tabelas, pode-se notar que para ambos os grupos (brasileiros e estrangeiros), a incidência das doenças infecciosas (5ª categoria) diminuem ao longo da década. Já as doenças da 8ª e 9ª categoria (aparelhos circulatório, respiratório e digestivo) aumentam neste período. Podemos inferir que o maior número de crianças na população – principalmente os filhos de estrangeiros compondo o grupo nativo, como já visto – pode ter ocasionado esse aumento na porcentagem de óbitos por essa última categoria, já que as crianças de até 4 anos de idade eram bastante afetadas por doenças do aparelho digestivo, como pode ser visto no item 4.3 a seguir. Cabe esta observação para o aumento do número de natimortos e doenças características dos recém-nascidos entre os brasileiros (1ª e 2ª categorias).

Embora ainda com baixa porcentagem na população, as doenças generalizadas, diáteses e do sistema nervoso aumentaram quase 100% durante a década. Assim como as moléstias orgânicas do coração – que tiveram maior participação entre as doenças dos aparelhos circulatório e respiratório – estas também fazem parte de doenças caracterizadas como de um estágio mais avançado segundo a teoria de Onram (1971). No entanto, não se pode considerar nenhuma mudança de perfil na mortalidade nesse período.

Em Campinas nos anos 1890 a 1900 morreram mais homens que mulheres, mais adultos em idades produtivas e principalmente muitas crianças de ambos os sexos, como revela o perfil da pirâmide (Gráfico 15) ³². Este perfil, no entanto, traz a marca da imigração, principalmente nas idades consideradas produtivas e reprodutivas. Isto pode ser melhor visualizado quando os óbitos por sexo e faixa etária são desagregados por sexo e nacionalidade (Gráficos 16 e 17) e pela razão de sexo (Tabela 23).

TABELA 23 - Óbitos por sexo segundo a nacionalidade – Campinas 1890 a 1900

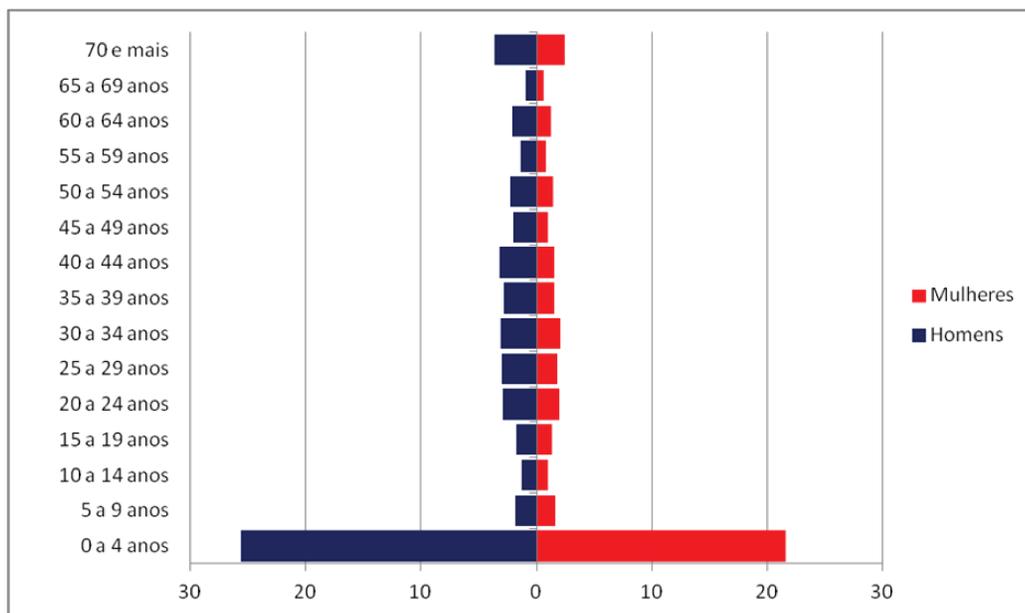
Sexo	Brasileiros	Estrangeiros	Total
Homens	4.540	2.731	7.271
Mulheres	3.907	1.351	5.258
Total	8.447	4.082	12.529
Razão de Sexo	116	202	138

Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: Não constam os dados para 1897 e 1898; para os anos de 1899 e 1900 apenas os registros dos distritos de Conceição e Santa Cruz.

³² No item 4.3 A mortalidade de crianças (pp. 95 a 97) é possível observar a alta mortalidade infantil no período. Entre os óbitos de crianças de 0 a 4 anos de idade, pouco mais da metade era referentes às crianças de menores de um ano de idade (50,3%).

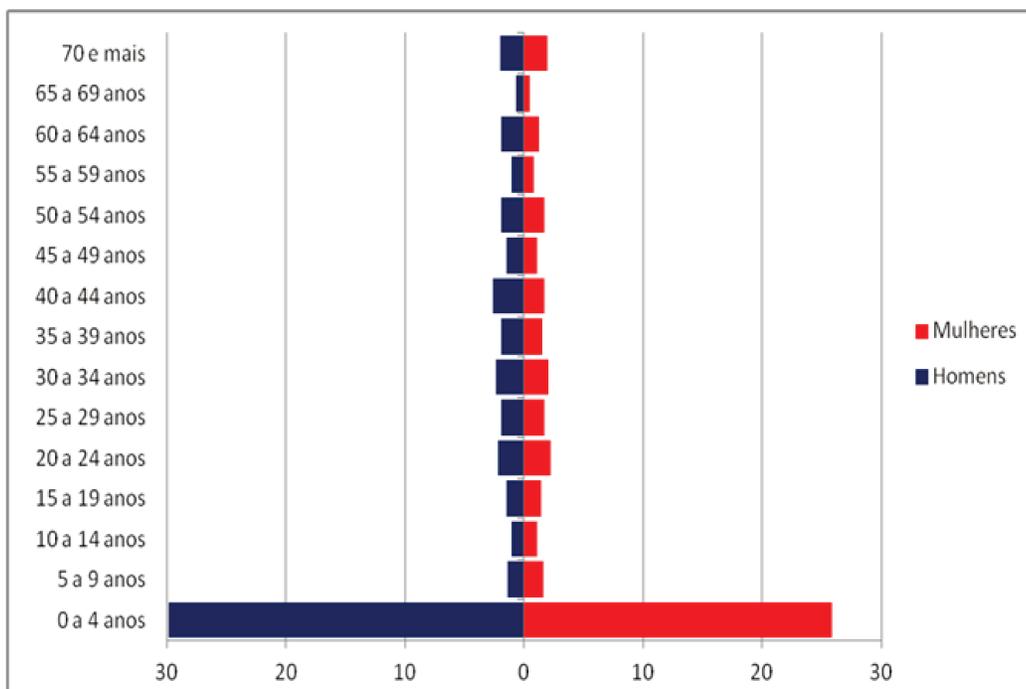
GRÁFICO 15 - Pirâmide etária dos falecidos em Campinas – 1890 a 1900



Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: não constam os registros de 1897 e 1898; para os anos de 1899 e 1900 apenas os registros dos distritos de Conceição e Santa Cruz.

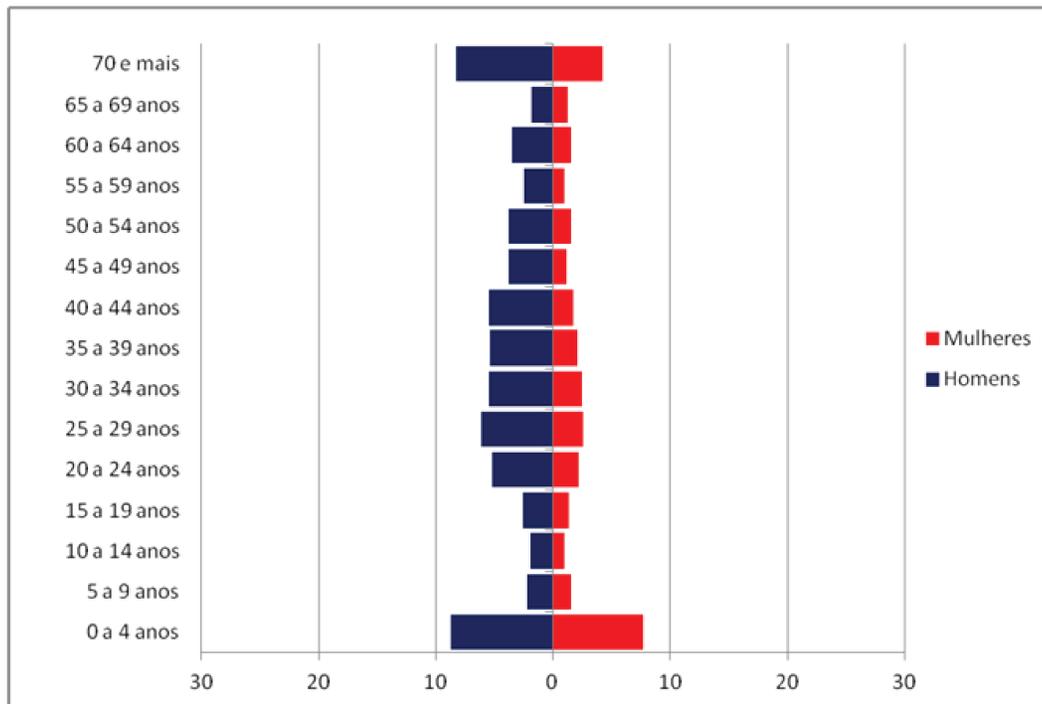
GRÁFICO 16 - Pirâmide etária dos brasileiros falecidos em Campinas – 1890 a 1900



Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: Não constam os registros de 1897 e 1898; para os anos de 1899 e 1900 apenas os registros dos distritos de Conceição e Santa Cruz.

GRÁFICO 17 - Pirâmide etária dos estrangeiros falecidos em Campinas – 1890 a 1900



Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: não constam os registros de 1897 e 1898; para os anos de 1899 e 1900 apenas os registros dos distritos de Conceição e Santa Cruz.

A figura da pirâmide etária relativa aos óbitos de brasileiros (Gráfico 16) reflete a estrutura e composição da população nativa que, por um lado mostra uma razão de sexo mais próxima do ponto de equilíbrio (Tabela 21) e, de outro, uma altíssima mortalidade de crianças de 0 a 4 anos, que agrega também os filhos dos imigrantes nascidos em território brasileiro.

O desenho dos óbitos de imigrantes segundo sexo e faixa etária (Gráfico 17) segue o padrão da estrutura por sexo e idade da população imigrante recém-chegada ao país, ou seja, mais homens que mulheres, a maioria deles em idade produtiva e reprodutiva, com poucas crianças de 0 a 4 anos. A alta proporção de óbitos de crianças entre 1 e 4 anos de idade justifica-se devido ao fato de que uma parcela razoável de imigrantes chegou ao Brasil em unidades familiares compostas por casais relativamente jovens com seus filhos pequenos, que recém-chegados ressentiram as adversidades do novo ambiente.

O fato de ter ocorrido mais óbitos masculinos que femininos entre os anos de 1890 e 1900 não se deve apenas a maior presença masculina na população total, mas também porque os homens de uma maneira geral, mais que as mulheres, circulavam com frequência pelas áreas

urbanas mais movimentadas e viajavam mais. Portanto, ficavam mais sujeitos a morrerem por doenças contagiosas, como demonstrou também Telarolli Jr. (2003):

Homens adultos, em idade produtiva, era o grupo de maior mobilidade dentro da população em decorrência de suas atribuições no processo de trabalho e na organização familiar, tornando-se as maiores vítimas da febre amarela. (TELAROLLI JR., 2003, p. 30).

Tanto entre os brasileiros como entre os estrangeiros a mortalidade masculina era maior que a feminina, só que as proporções diferem, uma vez que este perfil seguia de certa forma o volume e a estrutura da população de cada um desses grupos. Como havia mais homens que mulheres, a proporção de óbitos masculinos é sempre maior em todas as categorias de classificação de óbitos, com exceção das moléstias dos órgãos sexuais, urinários com inclusão das puerperais (categoria 10), onde estavam embutidos os óbitos por causas maternas (Tabelas 24 e 25).

TABELA 24 - Porcentagem dos óbitos de brasileiros segundo sexo por causas de morte – Campinas (1890 a 1900)

Sexo	1ª Natos mortos	2ª Moléstias especiais dos recém-nascidos	3ª Velhice	4ª Mortes Violentas	5ª Moléstias infecciosas e epidemia	6ª Moléstias de generalização e diatheses	7ª Moléstias do systema nervoso	8ª Moléstias dos aparelhos respiratório e circulatório	9ª Moléstias dos aparelhos digestivo e anexos	10ª Moléstias dos órgãos sexuais e urinários com inclusão das puerperais	11ª Moléstias dos órgãos da locomoção, pelle e tecido celular	12ª Moléstias mal determinadas	13ª Mortes por causas não assignaladas	Total
Masculino	96	84	106	90	508	72	201	961	722	83	19	484	1111	4537
Feminino	76	64	102	46	396	57	188	932	594	103	12	375	962	3907
Não declarado	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3
Total	172	148	208	137	904	129	389	1893	1316	186	31	859	2075	8447

Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: Não constam os registros de 1897 e 1898, assim como os registros de Valinhos e Sosas para 1899 e 1900.

As tabelas 24 e 25 trazem os óbitos por sexo para os brasileiros e estrangeiros respectivamente. Para uma comparação mais adequada entre esses dois segmentos, extraíram-se os relativos à nati-mortalidade e moléstias dos recém-nascidos constantes na tabela 24, resultando num total de 4.357 óbitos masculinos e 3.767 femininos de brasileiros. Um olhar sobre os números de óbitos dessas tabelas, relativos a brasileiros e estrangeiros, reforça o que já foi demonstrado anteriormente: no conjunto dos óbitos de homens estrangeiros e no conjunto dos de mulheres estrangeiras, a maior parte dos óbitos deveu-se às moléstias infecciosas e epidêmicas

(39,4% e 28,3% respectivamente), uma vez que a febre amarela incidiu mais sobre eles que sobre os brasileiros (11,7% dos óbitos masculinos e 10,8% dos óbitos femininos). As moléstias dos aparelhos respiratório e circulatório proporcionalmente tiveram maior incidência entre os homens (22,1%) e mulheres (24,7%) brasileiros que entre os estrangeiros (14,0% tanto entre homens como mulheres) e as mortes violentas atingiram mais os homens estrangeiros que os brasileiros, assim como as moléstias dos órgãos sexuais e urinários com inclusão das puerperais, com predomínio da mortalidade feminina, relativamente maior entre as mulheres estrangeiras. É bem possível que por trás desses resultados estejam problemas relativos à adaptação ao meio por parte dos estrangeiros recém-chegados.

TABELA 25 - Porcentagem dos óbitos de estrangeiros segundo sexo por causas de morte – Campinas (1890 a 1900)

Sexo	3ª Velhice	4ª Mortes Violentas	5ª Moléstias infecciosas e epidemias	6ª Moléstias de generalização e diatheses	7ª Moléstias do systema nervoso	8ª Moléstias dos aparelhos respiratorio circulatorio	9ª Moléstias dos aparelhos digestivo e annexos	10ª Moléstias dos órgão sexuaes e urinaes com inclusão das puerperais	11ª Moléstias dos órgão da locomoção, pelle e tecido cellular	12ª Moléstias mal determinadas	13ª Mortes por causas não assignaladas	Total
Masculino	119	92	1075	32	72	382	225	38	22	82	591	2730
Feminino	69	9	383	11	25	190	136	48	7	53	420	1351
Não declarado	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	4	6
Total	188	102	1458	43	97	572	362	86	29	135	1015	4087

Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: Não constam os registros de 1897 e 1898, assim como os registros de Valinhos e Sosas para 1899 e 1900.

Do total das pessoas que faleceram de febre amarela em Campinas na última década do século XIX (1.384), 67,6% eram estrangeiros e entre estes, as maiores vítimas eram os italianos (maioria na população estrangeira) com pouco mais de 30% dos óbitos. O segundo grupo afetado era o de portugueses, com 17,5% destes casos. Os estrangeiros eram os mais sensíveis à doença devido ao fato de não terem contato anterior com o agente causador. Confirmando esta afirmação, Telarolli Jr. cita o caso do Rio de Janeiro onde, entre 1890 a 1903, 88% das mortes por febre amarela foram de estrangeiros (TELAROLLI JR., 1996c, p. 3). Desagregando os óbitos de febre amarela por nacionalidade para os diferentes anos de ocorrência de epidemia, o que se observa é que a cada epidemia a proporção de óbitos de estrangeiros aumentava no total de óbitos dessa enfermidade, o que pode ser atribuído à crescente entrada de

imigrantes no local. A proporção de óbitos de estrangeiros por febre amarela passou de 52,7% em 1890 para 61,5% em 1892 e no ano de 1896 para 76,3%.

TABELA 26 - Óbitos por febre amarela segundo a nacionalidade – Campinas 1890, 1892 e 1896

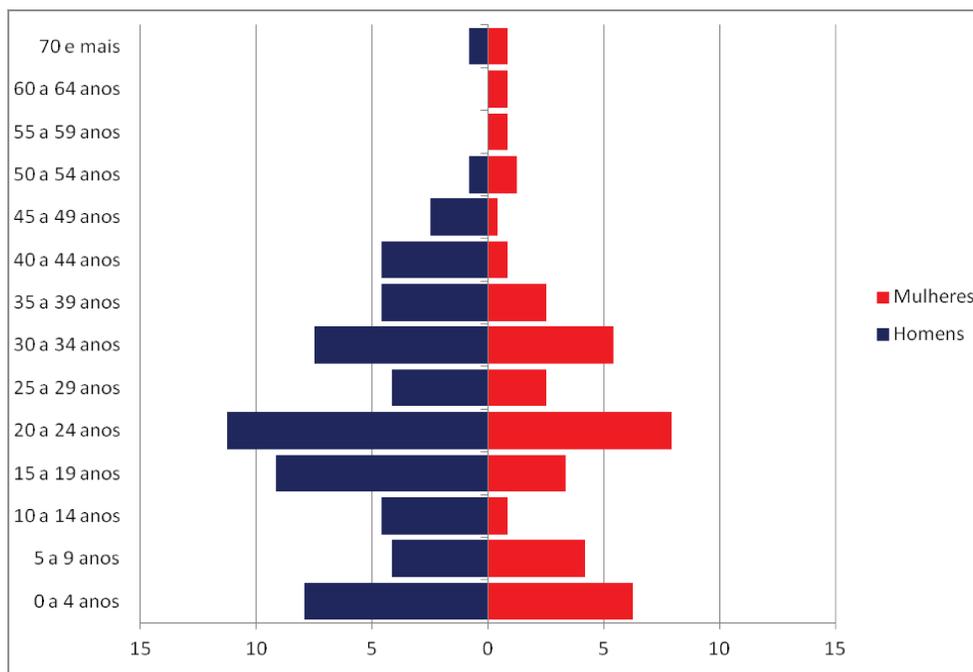
Nacionalidade	1890	1892	1896
Brasileiros	115	48	102
Estrangeiros	177	155	558
Não declarado	44	49	71
Total	336	252	731

Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: Apenas constam os anos de surtos de febre amarela do banco de dados (não constam os registros de 1897).

Para clarificar melhor ainda a incidência de óbitos de febre amarela na população de Campinas no período analisado, optou-se por desenhar as pirâmides etárias relativas a esses óbitos para brasileiros e estrangeiros (Gráficos 18 e 19). Como é possível observar esta enfermidade atingiu todos os segmentos da população – nacionais e estrangeiros, homens e mulheres, velhos, adultos e crianças. Entre os estrangeiros ceifou mais vidas entre os homens, nas faixas etárias em idades produtivas e reprodutivas. E entre os brasileiros, além de mais homens, muitas crianças na faixa de 1 a 9 anos de idade, e com proporção semelhante entre meninos e meninas.

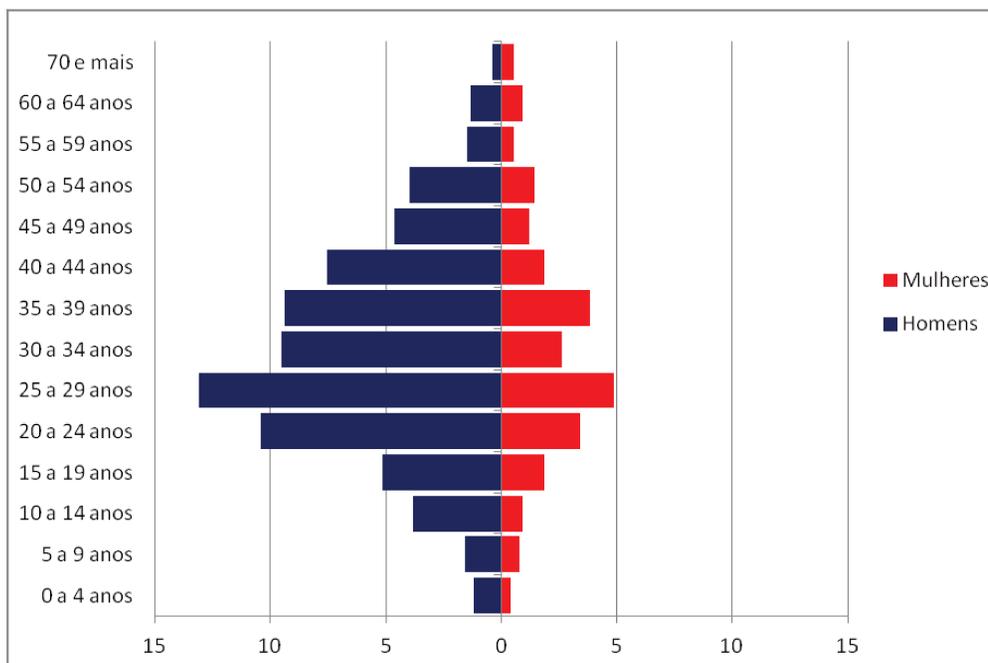
GRÁFICO 18 - Pirâmide etária dos brasileiros falecidos por febre amarela em Campinas – 1890 a 1900



Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: Não constam os registros de 1897 e 1898; para os anos de 1899 e 1900 apenas os registros dos distritos de Conceição e Santa Cruz.

GRÁFICO 19 - Pirâmide etária dos estrangeiros falecidos por febre amarela em Campinas – 1890 a 1900



Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

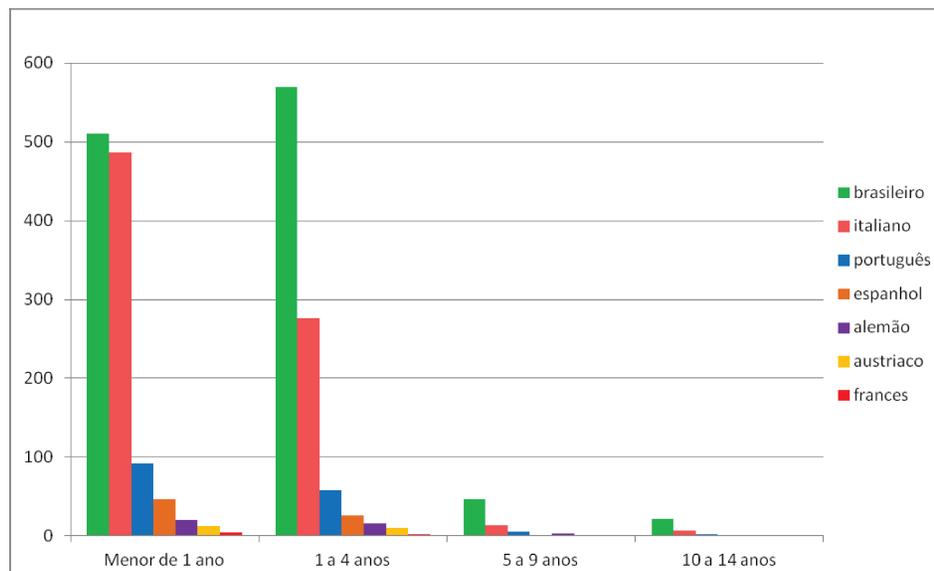
Nota: Não constam os registros de 1897 e 1898; para os anos de 1899 e 1900 apenas os registros dos distritos de Conceição e Santa Cruz.

Na tentativa de avaliar a proporção dos filhos de pais estrangeiros nascido no Brasil, que foram a óbito, buscou-se no banco de dados *Eventos Vitais: Campinas 1875-1921*, identificar em quais registros estava relacionada a nacionalidade do pai. Foram encontrados 2.331 registros com essa informação (15,2% dos óbitos contidos no banco). Destes, foram privilegiados os relativos a pessoas com idade informada entre 0 a 14 anos – já que nos registros de óbito de pessoas maiores que esta idade normalmente não continha a informação para os pais. Embora a amostra possa não corresponder totalmente à realidade, ela sugere que o volume de crianças nascidas no Brasil filhas de pais estrangeiros e que vieram a óbito era muito alto nos primeiros anos de vida, chegando a ultrapassar o de filhos de brasileiros entre 0 e 4 anos (Gráfico 20). Nesse caso, é preciso lembrar que pesquisas pontuais citadas por Bassanezi (2013) mostram que na época o número de filhos nascidos vivos de mães estrangeiras era também bem maior que entre as mães brasileiras (pelo menos entre os nascimentos registrados em cartório), o que explicaria em parte o maior número de óbitos entre os filhos brasileiros de pais estrangeiros:

A mortalidade dessas crianças não passava despercebida aos membros do Serviço Sanitário, que lamentavam com frequência a falta de cuidados maternos como uma, ou a principal, causa dessa mortalidade. As mães, na sua imensa maioria analfabetas, ignorando os princípios de profilaxia e mal adaptadas à nova terra, não conseguiam impedir a alta mortalidade de seus filhos (BASSANEZI, 2013).

Nos óbitos dos filhos brasileiros de estrangeiros, como era de se esperar, dominavam os pais italianos e à distância vinham em ordem decrescente os portugueses e espanhóis, alemães, austríacos e franceses.

GRÁFICO 20 - Óbitos de 0 a 14 anos de idade por nacionalidade do pai - Campinas (1890 a 1900)



Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: não constam os registros de 1897 e 1898, assim como os registros de Valinhos e Sosas para 1899 e 1900.

4.3 A mortalidade de crianças

A mortalidade de crianças entre 0 e 4 anos, era muito alta na época, respondia por quase metade do total de óbitos observados. Entre aquelas que conseguiam sobreviver até as idades 5-9 e 10-14 apresentavam uma proporção de óbitos bem menor (Tabela 27).

TABELA 27 - Óbitos segundo grupo de idade – Campinas 1890 a 1900

Grupo de idade	n. de óbitos	%
0 -1	3.582	23,4
1 a 4	3.535	23,1
5 a 9	520	3,4
10 a 14	341	2,2
15 e mais	7.062	46,0
não declarada	288	1,9
Total	15.328	100,0

Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: Não constam os registros de 1897 e 1898, assim como os dados para Sosas e Valinhos de 1899 e 1900.

Até o momento não foi possível dispor de informações sobre as crianças nascidas vivas para todos os anos pesquisados, a fim de obterem-se taxas de mortalidade infantil. As poucas disponíveis mostram que a mortalidade infantil correspondia à do chamado “antigo regime”, à primeira fase da tipologia de Onram (1971), com taxas ao redor ou maior de 200 por mil (Tabela 28), semelhante à média observada para a Europa no século XVIII (LIVI-BACCI, 1999) e para o Uruguai entre 1757 e 1860 (POLLERO, 2013).

TABELA 28 - Taxas de mortalidade infantil por ano selecionado – Campinas 1890 a 1900

Ano	Óbitos 0-1 anos de idade	Nascidos vivos	Taxa de mortalidade infantil Por 1000 nascidos vivos
1895	400	2.103	190
1896	521	2.029	257
1900	570	2.568	222
Total	1.491	6.700	223

Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp). Estatísticas Demógrafo-Sanitárias do Estado de São Paulo 1895 a 1900.

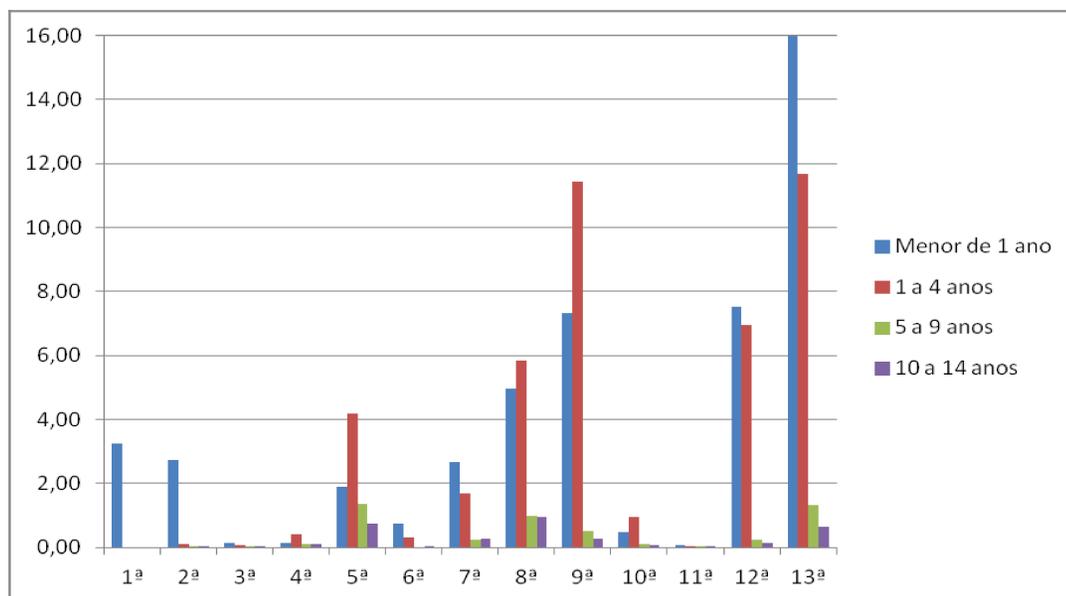
Nota: Esses anos selecionados se referem ao número de óbitos de menores de 1 ano do banco de dados e do número de nascidos vivos das estatísticas.

A análise das causas de morte das crianças nascidas vivas fica bastante limitada em virtude de um expressivo número de registros que não assinalam a causa do óbito e que anotam “moléstias não determinadas”. De qualquer forma, as informações disponíveis mostram que uma parcela razoável de crianças geradas em ventres brasileiros ou estrangeiros não chegava a ver a luz, nasciam mortas e outras tantas morriam antes de completarem um mês de idade (categoria 1 na classificação das causas de morte) (Gráfico 21). Entre as restantes que foram a óbito e tiveram a causa de sua morte registrada, a maioria morreu devido à “moléstia dos aparelhos digestivo e anexos” (sendo que as principais são: *atrepsia*, *enterite* e *gastroenterite*), seguida por “moléstias do aparelho respiratório e circulatório” (tendo como principais as *broncopneumonia*, *bronquite* e *pneumonia*) e “moléstias infecciosas e epidemias” (principais: *sarampo*, *febre amarela*, *malária*, *coqueluche* e *varíola*).

Porém, mesmo com um grande número de causas não assinaladas, nota-se que no decorrer da década, os óbitos de até 4 anos de idade mantiveram as causas de óbito por moléstias do aparelho digestivo (categoria 9) sempre sobressalente em relação às demais, seguida pelos natimortos e pelas causas dos sistemas circulatório e respiratório (8ª categoria). As crianças de 1

a 4 anos de idade também morriam pelas mesmas moléstias, por epidemias e doenças infecciosas logo em seguida (Gráfico 21).

GRÁFICO 21 - Porcentagem dos óbitos de 0 a 14 anos de idade por causas de morte – Campinas (1890 a 1900)



Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp)

Nota: Total de 7.978; não constam os registros de 1897 e 1898, assim como os dados para Sosas e Valinhos de 1899 e 1900.

As poucas informações existentes em relatos diversos apontam para o fato de que as crianças das camadas mais baixas da população de Campinas apresentavam uma alta mortalidade, uma vez que estavam sujeitas às mesmas intempéries, independentes da nacionalidade dos pais. No que diz respeito à mortalidade de crianças estrangeiras vis a vis às brasileiras, com os dados disponíveis fica difícil dimensionar. Um estudo de reconstituição de família talvez pudesse ajudar nessa direção. Alguns relatos de época (ROSSI, 1902), contudo, indicam – mas sem uma sólida comprovação – que as chances de sobrevivência dos filhos de imigrantes nascidos no Brasil poderia ser um pouco maior que seus irmãos nascidos no exterior:

As crianças imigrantes não só carregavam “em suas experiências de vida as vivências em diferentes espaços, isto é, em diferentes realidades sócio-econômico-culturais, que marcaram suas vidas” (DEMARTINI, 2006), mas também enfrentaram na nova terra condições ambientais distintas da terra natal e nem sempre com sucesso. Eram elas as que mais sentiam as mudanças de clima, de meio e a falta de resistência a determinadas doenças (BASSANEZI, 2013).

De fato as crianças que sobreviviam às péssimas condições das viagens em alto mar, chegavam ao seu destino, muito fragilizadas. Isso aumentava as chances de irem a óbito no novo ambiente.

4.4 Óbitos por cor

Das pessoas que faleceram em Campinas entre 1890 e 1900, somente pouco mais da metade (56,2%) tiveram declarada a sua cor no registro de óbito, ou seja, em 8.609 dos 15.328 assentos a cor do falecido foi anotada. Do total geral, 34,8% eram brancos e 21,4% não brancos (16,7% dos quais foram declarados como pretos) e 43,8% não tiveram a cor declarada. Se for levada em conta somente a amostra de óbitos onde a cor foi anotada, tem-se 62,0% declarados brancos e, entre os demais, 29,7% pretos. Em virtude de tais porcentagens pode-se deduzir que Campinas, antes grande polo de concentração de escravos, continuava mantendo em seu território uma razoável parcela de negros no pós-Abolição. Por outro lado, levando em conta esse passado escravista, as questões de preconceito e exclusão social, crê-se que a declaração da cor no registro dos não brancos tivesse essa característica descrita mais fielmente que para os brancos. Este fato permite inferir que entre os não declarados a maior parte fosse de brancos (Tabela 29).

TABELA 29 - Óbitos segundo a cor do falecido – Campinas 1890 a 1900

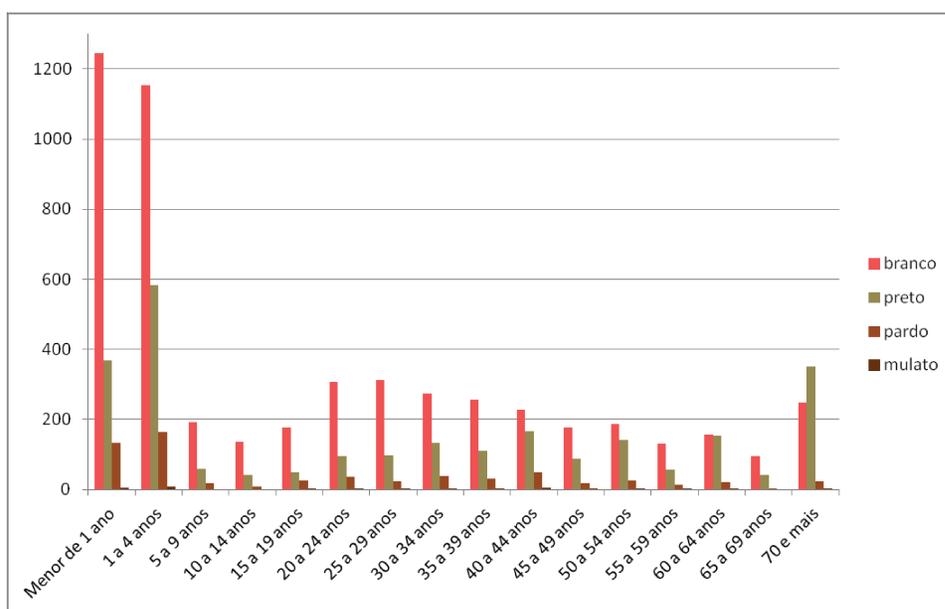
Cor	Óbitos	Porcentagem
branco	5340	34,8
preto	2560	16,7
pardo	637	4,2
mulato	41	,3
fula	7	,0
morena	17	,1
cabocla	7	,0
não declarada	6719	43,8
Total	15328	100,0

Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: Não constam os registros para 1897 e 1898; para os anos de 1899 e 1900 constam apenas os registros dos distritos da Conceição e Santa Cruz.

O gráfico 22 apresenta os óbitos por grupo etário segundo a cor. Supondo que a parcela de óbitos que traz a cor da pessoa falecida fosse representativa e que a declaração de idade não apresentasse problemas, o perfil da mortalidade por idade e cor, em que se pesem os volumes de óbitos diferentes entre brancos e não brancos, em algumas faixas de idade a tendência da mortalidade parecia ser semelhante para ambos os segmentos de cor (como nas faixas intermediárias), e em outras não (nas primeiras e na última faixa de idade – é possível que nesta faixa etária mais velha estivesse também a interferir a naturalidade africana de muitos negros chegados antes do fim do tráfico negreiro em 1880) (Gráficos 22 e 23).

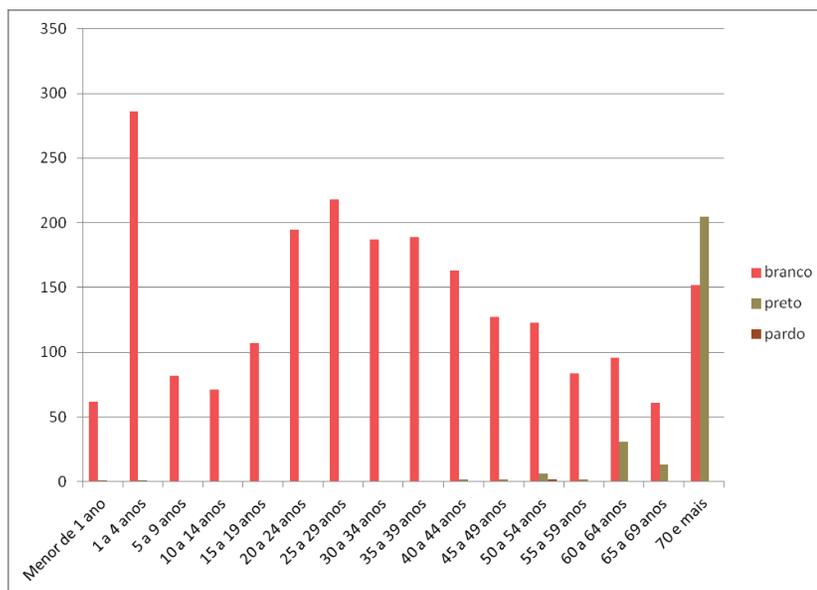
GRÁFICO 22 - Óbitos por faixa etária segundo a cor – Campinas (1890 a 1900)



Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: Não constam os registros para 1897 e 1898; para os anos de 1899 e 1900 constam apenas os registros dos distritos da Conceição e Santa Cruz.

GRÁFICO 23 - Óbitos de estrangeiros por faixa etária segundo a cor – Campinas (1890 a 1900)



Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: Não constam os registros para 1897 e 1898; para os anos de 1899 e 1900 constam apenas os registros dos distritos da Conceição e Santa Cruz.

Algumas dificuldades também são encontradas quando se pretende cruzar e analisar cor por causa de morte. A amostra diminui ainda mais (4.691), pois 30,2% dos que apresentam cor dizem respeito a óbitos com causas mal definidas e mortes por causas não assinaladas (cerca de 1/3 do total de óbitos de brancos, igualmente 1/3 do total de não brancos). Supondo que a amostra seja representativa, o que chama a atenção é o fato de que entre os brancos predominavam como causa de óbito as moléstias infecciosas e epidêmicas e entre os não brancos as moléstias dos aparelhos respiratório e circulatório (Tabela 30). Muito provavelmente estariam interferindo nesses resultados a composição e estrutura etária desses segmentos. Todavia, essas conjecturas sobre a mortalidade por cor, idade e causa de morte estão a merecer uma análise mais refinada, que não cabe no âmbito desse trabalho.

TABELA 30 - Óbitos por cor segundo as causas de morte – Campinas (1890 a 1900)

Cor	1ª Natos mortos	2ª Moléstias especiais dos recém-nascidos	3ª Velhice	4ª Mortes Violentas	5ª Moléstias infecciosas e epidemias	6ª Moléstias de generalização e diáteses	7ª Moléstias do sistema nervoso	8ª Moléstias dos aparelhos respiratório e circulatório	9ª Moléstias dos aparelhos digestivo e anexos	10ª Moléstias dos órgãos sexuais e urinários com inclusão das puerperais	11ª Moléstias dos órgãos da locomoção, pele e tecido celular	12ª Moléstias mal determinadas	13ª Mortes por causas não assinaladas	Total
branco	68	70	119	91	1220	58	206	783	640	112	28	373	1571	5339
preto	28	25	143	62	152	28	102	677	370	51	9	190	722	2559
pardo	12	11	15	15	37	8	23	203	88	12	4	52	157	637
mulato	1	1	0	2	3	0	4	12	6	2	0	4	6	41
fula	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	4	7
morena	0	1	0	2	1	0	0	5	3	1	0	3	1	17
cabocla	0	0	1	0	3	0	0	1	0	0	0	0	2	7
não declarada	369	110	155	123	1396	106	246	1142	879	140	23	630	1398	6717
Total	478	218	433	296	2812	200	581	2824	1987	318	64	1252	3861	15324

Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

Nota: Não constam os registros para 1897 e 1898; para os anos de 1899 e 1900 constam apenas os registros dos distritos da Conceição e Santa Cruz; total de registros: 15.324.

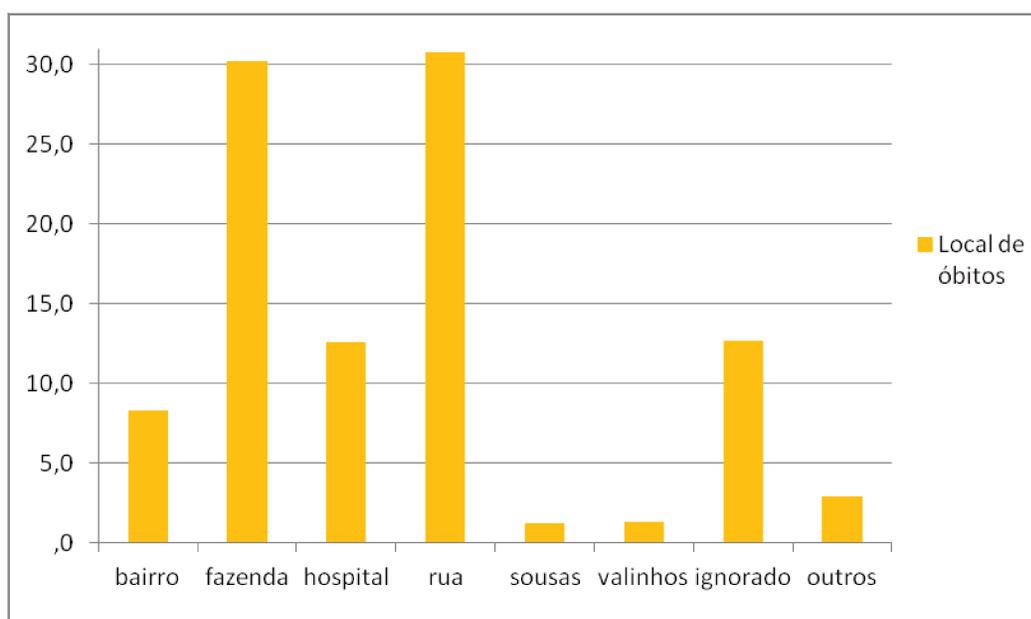
4.5 Óbitos por local de falecimento

Os assentos de óbitos trabalhados com frequência trazem o local onde ocorreu a morte, e mais raramente o local de residência do falecido. Portanto, a variável analisada aqui diz respeito ao local de ocorrência do óbito, que dada às características da época em muitos casos era também o local de residência da pessoa falecida.

A classificação dos locais de ocorrência dos óbitos aqui elaborada procurou agrupar os inúmeros locais distintos presentes nos atestados de óbitos ocorridos no município de Campinas. Dessa forma, dentro da categoria ‘bairros’ se encontram apenas os locais em que vieram descritos os bairros (Taquaral, Guanabara, Fundão, Boa Vista, Bonfim, Cambuí, entre outros), que ficavam a pouca distância do centro da cidade. Na categoria ‘fazenda’ se encontram todos os locais com denominação ‘fazenda tal’ (fazenda Anhumas, fazenda Santa Genebra, fazenda Pau d’Alho, fazenda Atibaia, etc.) e também as denominações ‘chácara tal’ e ‘sítio tal’, estabelecimentos localizados na zona rural. Os hospitais referem-se basicamente à Santa Casa de Misericórdia, à Sociedade Portuguesa de Beneficência, ao Lazareto, aos hospitais Correa de Mello, dos morféuticos, dos variolosos. Alguns deles localizados no núcleo urbano e outros em áreas mais distantes devido atenderem doentes com moléstias contagiosas.

Em ‘ruas’, constam todos os logradouros cujos nomes eram antecidos pela palavra ‘rua’, os largos, praças e avenidas. A maioria desses vinham com especificações numéricas, caracterizando locais bem identificados acreditando-se tratarem, sobretudo, do centro da cidade. A categoria ‘outros’ corresponde a uma grande variedade de localidades, tais como: um dos quartos da Mogiana, estação, entre estações, estrada, hipódromo, hospedaria de imigrantes etc. Os ‘ignorados’, como o próprio nome sugere, correspondem aos registros que não tiveram os locais de óbito informados.

GRAFICO 24 - Locais de óbitos ocorridos em Campinas – 1890 a 1900



Fonte: Banco de dados *Eventos vitais: Campinas 1875 -1921* (Nepo/Unicamp).

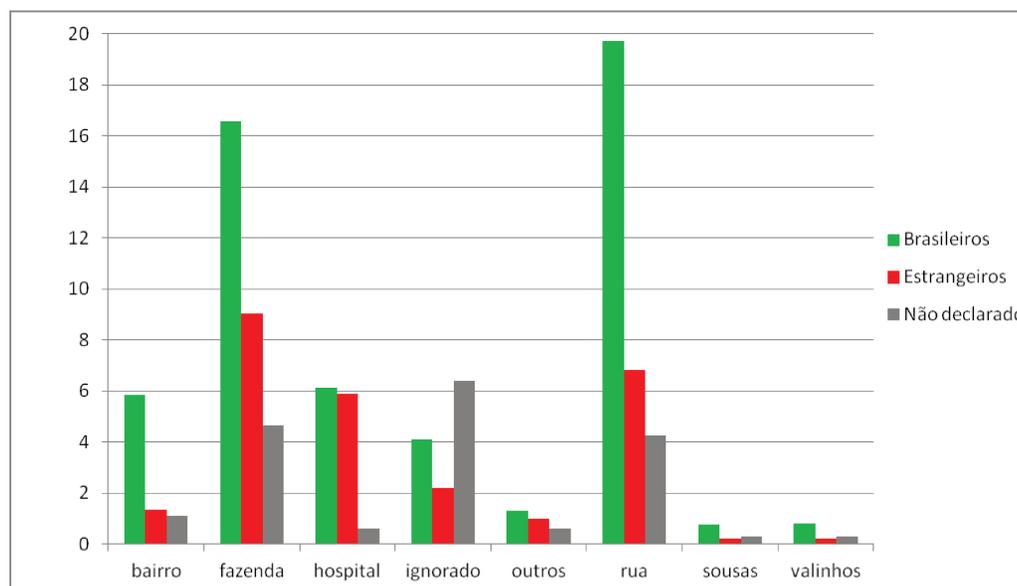
Nota: Não constam os registros para 1897 e 1898; para os anos de 1899 e 1900 constam apenas os registros dos distritos da Conceição e Santa Cruz.

Como é possível observar no Gráfico 24, os óbitos na sua grande maioria não ocorriam dentro dos hospitais, indicando que as pessoas faleciam em seu local de residência principalmente e/ou de trabalho, localizado no centro da cidade (‘ruas’) e seus arredores (‘bairros’) e na zona rural (‘fazendas’). Nem todos os hospitais contavam boa infraestrutura e bons serviços, por isso, em casos de doenças contagiosas e, mais ainda, em épocas de epidemias, muitas famílias se recusavam a enviar seus doentes aos hospitais destinados a estes pacientes que acabam por falecer em suas casas. Por outro lado, é preciso considerar que as camadas mais pobres da população não tinham acesso aos bons serviços hospitalares.

É muito provável que os óbitos ocorridos em Sousas e Valinhos tenham sido registrados com nomes das fazendas e sítios aí localizados e também porque somente em 1897 começaram a funcionar cartórios de Registr Civil nesses locais.

De acordo com o gráfico 25, pode-se observar que a maior parte dos brasileiros faleceram em uma área mais urbana (rua), enquanto que os óbitos da população estrangeira predominou na área rural (fazenda). No entanto, nota-se que neste gráfico não estão inclusos os dados para os distritos de Sousas e Valinhos após o ano de 1897, o que prejudica a análise tendo em vista que grande parte dos imigrantes se alocaram nestes distritos principalmente durante a segunda metade da década de 1890.

GRAFICO 25 - Porcentagem dos locais de óbito por nacionalidade – Campinas 1890 a 1900



Fonte:
Banco de dados
Eventos

vitalis: Campinas 1875 -1921 (Nepo/Unicamp).

Nota: Não constam os registros para 1897 e 1898; para os anos de 1899 e 1900 constam apenas os registros dos distritos da Conceição e Santa Cruz.

Não se pode, contudo, estabelecer relação entre as categorias ‘bairro’ e ‘rua’ aqui expressas, sendo que não se observou um padrão para especificação destas nos registros. Porém, procurou-se separar essas duas categorias devido ao elevado número de casos em ambas. No que tange à categoria ‘hospital’ é importante salientar que tal constatação pode se referir à assistência

hospitalar da época no município – que em alguns desses locais era considerada das melhores no período conforme salientado no terceiro capítulo. Como se nota, tanto brasileiros como estrangeiros eram atendidos nestes locais de assistência à saúde. Na tentativa de complementar esta análise sobre atendimento à saúde através da variável ‘assistência médica’ contida nos registros de óbito, procurou-se estabelecer uma relação entre os que tiveram assistência médica e os que não tiveram. Porém, apenas 0,29% dos registros declararam que os falecidos tiveram assistência médica – erro que pode ser de preenchimento do atestado pelo próprio escrivão, ou falta de informação por parte do declarante. Pelo gráfico 25, podemos ver que a porcentagem dos que morreram nos hospitais foi bem maior. Ainda quanto à assistência médica, apenas 27% dos registros negaram este atendimento.

CONCLUSÃO

O trabalho realizado até o momento leva a crer que este estudo pode ser uma contribuição importante para o conhecimento da dinâmica demográfica, principalmente no que diz respeito à mortalidade, numa época de grandes transformações na sociedade e economia do estado de São Paulo e em particular no município de Campinas. Ao identificar o trabalho com as fontes, foram demonstradas as potencialidades e também apontadas as dificuldades que estas oferecem ao estudo para o tema e período.

A análise dos óbitos ocorridos no município de Campinas entre 1890 e 1900 mostrou um padrão típico de mortalidade da pré-transição epidemiológica, com flutuações da mortalidade determinada por vários surtos epidêmicos de febre amarela, por alta taxa de mortalidade infantil (200 óbitos por mil nascidos vivos, que se ampliava nos anos de epidemias). Esse padrão de mortalidade interagiu com a entrada massiva de imigrantes estrangeiros (disseminadores e as maiores vítimas das epidemias de febre amarela), com a estrutura e dinâmica demográfica, com as condições ambientais e com a economia e política local.

As doenças dos aparelhos circulatório e respiratório, as moléstias infecciosas e epidemias e as moléstias dos aparelhos digestivo e anexos predominavam entre as causas de morte. A febre amarela, as moléstias orgânicas do coração, a tuberculose, pneumonia, enterite e gastroenterite foram as maiores vilãs em ceifarem vidas na Campinas da época.

Entre 1890 e 1900 morreram mais homens que mulheres, mais adultos em idade produtiva e reprodutiva e principalmente muitíssimas crianças de ambos os sexos. Os homens morreram mais, não só porque era maioria na população, mas também porque eram os que mais circulavam e, portanto, mais propensos ao contágio. A mortalidade de crianças de 0 a 4 anos de idade respondia por quase metade dos óbitos ocorridos no período. A grande maioria morria em suas casas, tanto na cidade como nos estabelecimentos rurais, se sem assistência médica.

Nesse período, o município experimentou quatro anos de mortalidade extraordinária devido aos surtos epidêmicos de febre amarela e sete anos de mortalidade dentro da normalidade. As epidemias de febre amarela afetaram mais os imigrantes estrangeiros (principalmente italianos) que os brasileiros, porque aqueles recém-chegados ao Brasil não haviam adquirido imunidade a essa enfermidade e não estavam totalmente adaptados ao ambiente local. Este fato e mais o volume e estrutura da população imigrante refletiram para que o padrão de mortalidade

dos imigrantes na década apresentasse diferenças com relação ao observado para os brasileiros. Abstraindo a febre amarela, os diferenciais entre brasileiros e estrangeiros diminuía e ficam mais por conta do volume e da estrutura etária desses diferentes segmentos e da adaptação do imigrante ao meio. Brasileiros e estrangeiros em sua maioria estavam sujeitos às mesmas condições de vida.

Boa parte dos óbitos concentrados na categoria 9 (moléstias dos aparelhos digestivo e anexos) podem refletir uma população com baixo grau de instrução, assim como das causas por doenças infecciosas – que requerem maior controle de higiene, que do ponto de vista individual é proveniente basicamente de um nível mínimo de conhecimento. Além disso nota-se que, embora no centro do município de Campinas predominavam os moradores mais abastados e profissionais liberais, esta região também possuía muitos moradores pobres, vivendo em habitações precárias. Nela se concentraram os óbitos ocorridos por febre amarela na população gerando um verdadeiro ‘êxodo urbano’ em direção ao campo por parte do segmento mais abastado da população. A incipiente organização sanitária da cidade, sua infraestrutura ainda precária e as aglomerações de trabalhadores, principalmente estrangeiros, em cortiços, fizeram do centro de Campinas um foco de contaminação. No entanto, a área rural também foi atingida pelas epidemias, sobretudo porque concentravam mão de obra estrangeira. Somente uma parcela dos enfermos era transferida para os hospitais de isolamento.

A imigração trouxe inúmeras transformações no espaço e na população campineira, refletidas inclusive na sua mortalidade. Além do aumento de óbitos por doenças infecciosas e epidêmicas através da inserção cada vez maior de imigrantes no decorrer da década de 1890, as mortes violentas também caracterizaram um reflexo das dificuldades de adaptação ao novo ambiente.

As medidas de saneamento básico e outras relativas à saúde pública fizeram com que as epidemias fossem debeladas no município e contribuíram para que outras enfermidades não levassem pessoas a óbito. Os melhoramentos de infraestrutura e a crescente investida do governo em questões sanitárias começaram a dar lentamente os primeiros passos em direção à transição epidemiológica que iria ocorrer poucas décadas depois.

REFERÊNCIAS

ABREU, J. L. N. A Colônia enferma e a saúde dos povos: a medicina das 'luzes' e as informações sobre as enfermidades da América portuguesa. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 14, n. 3, p. 761-778, jul./set.2007.

AISSAR, A. G. **Um estudo da mortalidade e da mobilidade espacial**: os descendentes do negro e do branco estrangeiro no Município de Rio Claro 1875-1930. 1976. 148f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 1976.

ALVES, G. J. **A contabilidade da higiene**: representações da mortalidade no discurso médico demográfico – São Paulo (1903-1915). 1999. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 1999.

AMORIM, M. N. Linha clássica da demografia histórica: uma perspectiva otimista sobre sua evolução. **Boletín de La Asociación de Demografía Histórica**, Minnesota, v. 17-18, p. 89-104, 2000.

AROUCA, A. T. Análise dos determinantes das condições de saúde da população brasileira. In: GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e Medicina no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Graal, 1978.

ARRIAGA, E. E.; DAVIS, K. The pattern of mortality change in Latin America. **Demography**, Chicago, v. 6, n. 3, ago.1969.

BADARÓ, R. S. C. **O plano de melhoramentos urbanos de Campinas (1934-1962)**. 1986. Dissertação (mestrado) - Escola de Engenharia de São Carlos, São Carlos, SP, 1986.

BAENINGER, R. A. **Espaço e tempo em Campinas**: migrantes e a expansão do polo industrial paulista. Campinas, SP: CMU/UNICAMP, 1996. (Coleção Campineira, v.5).

BARBOSA, M. H. V.; GODINHO, A. D. **Crises de mortalidade em Portugal desde meados do século XVI até ao início do século XX**. Guimarães: NEPS; D. L., 2001. (Monografias, 10).

_____. Reconstituição de Paróquias e aprofundamento dos estudos de mortalidade infanto-juvenil da comunidade de Esporões (séculos XVII-XX). **Boletín de La Asociación de La Demografía Histórica**, Espanha, v. XVI, p. 21-53, 1998.

BARRETO, M. L. et al. Transição epidemiológica e tendências das doenças infecciosas e parasitárias no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10., 1996, Caxambu, MG. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, v. 4, 1996.

BASSANEZI, M. S. C. B. Crianças a caminho. Imigrantes e filhas de imigrantes nas terras paulistas. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 27., 2013. Natal, RN. **Anais...** São Paulo, SP: ANPUH, 2013.

_____. Uma trágica primavera. A epidemia de gripe de 1918 no Estado de São Paulo, Brasil. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO LATINO-AMERICANA DE POPULAÇÃO – ALAP, 5., 2012, Montevideo, Uruguai. **Anais...** Rio de Janeiro, RJ: ALAP, 2012a.

_____. Imigração internacional e dinâmica demográfica paulista no tempo do café. In: TEIXEIRA, P. E.; BRAGA, A. M. C.; BAENINGER, R. (Org.). **Migrações**: implicações

passadas, presentes e futuras. Marília, SP: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012b.

_____. Os registros dos eventos vitais na reconstituição da história brasileira. In: PINSKY, C. B.; DE LUCA, T. R. (Org.). **O historiador e suas fontes**. São Paulo, SP: Contexto, 2009a.

_____. Salud y enfermedad em el Estado de São Paulo (Brasil) em la primera República: las estadísticas Demógrafo-Sanitarias. In: CELTON, D.; GHIRARDI, M.; CARBONETI, A. (Coord.). **Poblaciones históricas: fuentes, métodos y líneas de investigación**. Rio de Janeiro, RJ: ALAP, 2009b.

_____. (Org.). **São Paulo do passado: dados demográficos 1890**. Campinas, SP: Nepo/Unicamp, v. 5, 1998.

_____. Imigrações internacionais no Brasil: um panorama histórico. In: PATARRA, N. (Coord.). **Emigração e imigração internacionais no Brasil contemporâneo**. Campinas, SP: FNUAP, 1995.

BERNABEU-MESTRE, J. et al. El análisis histórico de la mortalidad por causas: problemas y soluciones. **Revista de Demografía Histórica**, v. XXI, n. I, segunda época, p. 167-193, 2003.

BERTOLLI FILHO, C. **A gripe espanhola em São Paulo, 1918: epidemia e sociedade**. São Paulo, SP: Paz e Terra, 2003. (Coleção São Paulo, 5).

_____. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950**. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, 2001.

BERTUCCI-MARTINS, L. M. Memória que educa. Epidemias do final do século XIX e início do XX. **Educar**, Curitiba, PR, n. 25, p. 75-89, 2005.

_____. **Influenza, a medicina enferma: ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2004.

BIRDSALL, N. Population and poverty in the developing world. In: WOOD, C. H.; CARVALHO, J. A. M. **The demography of inequality in Brazil**. New York: Cambridge University Press, 1988.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência: estudos de política social**. 2.ed. São Paulo, SP: Hucitec, 1986.

CALDEWELL, J. C. Toward a restatement of demographic transition theory. **Population and Development Review**, New York, v. 2, n. 3-4, p. 321-366, 1976.

CELTON, D. E. Enfermedad y crisis de mortalidad en Córdoba, Argentina entre los siglos XVI y XX. In: _____; MIRÓ, C.; SÁNCHEZ ALBORNOZ, N. (Org.). **Cambios demográficos en América Latina: la experiencia de cinco siglos**. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; IUSSP, 1998.

CHARBONNEAU, H.; LAROSE, A. **The great mortalities: methodological studies of demographic crises in the past**. Liège: Ordina Editions, 1979.

_____. **Les grandes mortalities: etude methodologique dese crises demographiques du passé**. Liege: IUSSP, 1970.

COALE, A. J. The decline of fertility in Europe since the eighteenth century as a chapter in human demographic history. In: _____; WATKINS, S. C. **The decline of fertility in Europe**. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1986.

_____; DEMENY, P. G.; VAUGHAN, B. **Regional model life tables and stable populations**. United States: Academic Press, 1983.

CUNHA, M. F.. **Demografia e família escrava: Franca-SP, século XIX**. 2009. 265f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 2009.

DAVATZ, T. **Memórias de um colono no Brasil**. Belo Horizonte, MG: Itatiaia; São Paulo, SP: EDUSP, 1980.

FRENK, J.; LOZANO, R.; BOBADILLA, J. L. La transición epidemiológica em América Latina. **Notas de Población**, Santiago de Chile, n.60, p. 79-101, 1994.

_____ et al. Elementos para una teoría de la transición en salud. **Salud Pública de México**, México, v. 33, n. 5, p. 448-462, sept./oct.1991.

GAZÊTA, A. A. B. **Uma contribuição à história do combate à varíola no Brasil: do controle à erradicação**. 2006. 232f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, 2006.

HAKKERT, R. **Fontes de dados demográficos**. Belo Horizonte, MG: ABEP, 1996.

HALL, M. Imigrantes na cidade de São Paulo. In: PORTA, P. **História da cidade de São Paulo**. São Paulo, SP: Paz e Terra, 2004.

HAUSER, P. M.; DUNCAN, O. D. **El estudio de la población**. Santiago de Chile: CELADE, 1975.

HENRY, L. **Técnicas de análise em demografia histórica**. Curitiba, PR: Universidade Federal do Paraná, 1977.

HOLANDA, S. B. As colônias de parceria. In: _____ (Org.). **História geral da civilização brasileira**. São Paulo, SP/Rio de Janeiro, RJ: DIFEL, v. 3, Tomo II, 1976.

KARASCH, M. C. **A vida dos escravos no Rio de Janeiro 1808-1850**. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2000.

LAPA, J. R. A. **Os excluídos: contribuição à história da pobreza no Brasil (1850-1930)**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2008.

_____. **A cidade, os cantos e os antros: Campinas 1850-1900**. São Paulo, SP: Edusp, 1995.

LEVY, M. S. F. O papel da migração internacional na evolução da população brasileira (1872 a 1972). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 8 (supl.), p. 49-90, 1974.

LIVI-BACCI, M. **Historia de la poblacion Europea**. Barcelona: Editora Crítica, 1999.

_____. **Ensayo sobre la historia demográfica europea: población y alimentación en Eurospa**. Barcelona: Ariel, 1988.

MAIA, J. J. M. Padrões de mortalidade e transição sanitária no Porto (1880-1920). **População e Sociedade**, Porto, n. 1, p. 233-244, 1995.

MARCÍLIO, M. L. A demografia histórica brasileira neste final de milênio. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, SP, v. 14, n. 1/2, p. 125-140, jan./dez.1997.

_____. Mortalidade e morbidade na cidade do Rio de Janeiro imperial. **Revista História/USP**, São Paulo, SP, n. 127/128, 1993.

_____. **Caçara: terra e população: estudo e demografia histórica e da história social de Ubatuba**. São Paulo, SP: Paulinas; CEDAHL, 1986.

_____. **A cidade de São Paulo, povoamento e população, 1750-1850**. São Paulo, SP: Pioneira; Edusp, 1973.

MARCÍLIO, s/d.

MATTHIESSEN, P. C.; MCCANN, J. C. The role of mortality in the European fertility transition: aggregate-level relations. In: PRESTON, S. H. (Ed.). **The effects of infant and child mortality on fertility**. New York: Academic Press, 1978.

MCKEOWN, T. **The role of medicine: dream, mirage or nemesis?** New Jersey: Princeton University Press, 1976.

NOGUEIRA, A. Universos coloniais e ‘enfermidades dos negros’ pelos cirurgiões régios Dazille e Vieira de Carvalho. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, (supl.), p. 179-196, dez.2012.

NUNES, E. D. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 5, n. 2, p. 251-264, 2000.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition theory revisited thirty years later. **World Health Statistics Quarterly**, Geneva, v. 51, n. 2-4, p. 99-119, 1998.

_____. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, New York, v. 49, n. 4, p. 509–538, 1971.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; Organização Mundial da Saúde. **Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito**. Washington: OPAS; OMS, 1969. (Publicações científicas, n. 190).

PATARRA, N. L. Transición demográfica: resumen histórico o teoría de población. **Demografía y Economía**, México, v. 3, n. 1, p. 86-95, 1973.

PÉREZ BRIGNOLI, H. **La población de Costa Rica, 1750-2000: una historia experimental**. Costa Rica: Editora UCR, 2010.

POLLERO, R. **Los aires del Puerto: salud y mortalidad en Montevideo (1757-1860)**. In: CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN DE DEMOGRAFIA HISTÓRICA – ADEH, 10., 2013, Albacete, Espanha. **Anais... ADEH**, 2013.

PÔRTO, A. 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. 1019-27, out./dez.2006.

PRATA, P. R. A transição epidemiológica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 8, n. 2, p. 168-175, abr./jun.1992.

PRESTON, S. H; HEUVELINE, P.; GUILLOT, M. **Demography: measuring and modeling population processes**. Malden: Blackwell, 2001.

_____. The changing relation between mortality and level of economic development. **Population Studies**, London, v. 29, n. 2, p. 231-248, 1975.

REHER, D. S.; SHOFIELD, R. **Old and new methods in historical demography**. Oxford: Clarendon Press, 1993.

REPÚBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL. Ministério da Indústria, Viação e Obras Públicas. Directoria Geral de Estatística. **Synopse do Recenseamento de 31 de Dezembro de 1900**. Rio de Janeiro, RJ: Typographia da Estatística, 1905.

RIBEIRO, M. A. R. **História sem fim: um inventário da saúde pública – São Paulo 1880-1930**. São Paulo, SP: UNESP, 1993.

RODRIGUES, T. **Portugal nos séculos XVI e XVII. Vicissitudes da dinâmica demográfica**. CEPESE, 2004.

ROSSI, A. Condizioni dei coloni italiani nello Stato di S. Paolo del Brasile - Relazione e diari sulla missione compiuta dal. **Bolletino Dell'Emigrazione**, Roma, Ministero Degli Affari Esteri, n. 7, 1902.

SANTA Casa de Misericórdia de Campinas: primeiro centenário. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, SP, 1972.

SANTOS FILHO, L. C.; NOVAES, J. N. **A febre amarela em Campinas 1889-1900**. Campinas, SP: CMU/Unicamp, 1996.

SÃO PAULO. Directoria do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. **Boletim Mensal de Estatística Demógrafo-Sanitária**, São Paulo, SP, Anno V, n. 49 (em diante), 1898.

_____. **Boletim Mensal de Estatística Demógrafo-Sanitária**, São Paulo, SP, Anno IV, n. 1/6, 1897.

_____. **Relatório apresentado ao [...], Secretário dos Negócios do Interior do Estado de São Paulo, pelo Diretor da Repartição da Estatística e Archivo Dr. Antonio de Toledo Piza** (o documento original consultado, existente no Arquivo Público do Estado de São Paulo, não contém a página de rosto. Portanto, não há como fazer a referência completa), 1894. (Capital).

SCARANO, J. M. L. **Imigrante: trabalho, saúde e morte**. 1974. Tese (Livre-Docência) - Departamento de História, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 1974.

SEMEGHINI, U. C. **Do café à indústria: uma cidade e seu tempo**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1991. (Teses).

SIQUEIRA, C. G. **Campinas, seus distritos e seus desmembramentos: diferenciações politico-territoriais e reorganização da população no espaço (1850-2000)**, 2008. 347f. Tese (Doutorado) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2008.

SLENES, R. W. **The demography and economics of brazilian slavery: 1850-1888**. Stanford: Dept. of History; Stanford University, 1975.

STOLCKE, V. **Cafecultura, homens e mulheres e capital (1850-1980)**. São Paulo, SP: Brasiliense, 1986.

TEIXEIRA, L. A. As febres paulistas na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo: na controvérsia entre porta-vozes de diferentes saberes. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 11, supl. 1, p. 41-66, 2004.

TELAROLLI JR., R. Assistência sanitária e condições de saúde na zona rural paulista na Primeira República. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, SP, v. 14, n. 1-2, p. 3-17, 1997.

_____. **Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo**. São Paulo, SP: UNESP, 1996a.

_____. Imigração e epidemias no Estado de São Paulo. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 3, n. 2, p. 265-283, jul./oct.1996b.

_____. Fundamentos tecnológicos das ações sanitárias no Estado de São Paulo na Primeira República. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 9., 1994, Caxambu, MG. **Anais...** Belo Horizonte, MG: ABEP, v. 3, 1994.

_____. A secularização do registro dos eventos vitais no Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, SP, v. 10, n. 1-2, p. 145-156, 1993.

_____. Fragmentos do cotidiano sob uma epidemia de febre amarela no interior paulista. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS. **Anais do X Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, Belo Horizonte, ABEP, 1996c.

UNITED NATIONS. **Manual X: indirect techniques for demographic estimation**. New York, 1983.

VALLIN, J.; MESLÉ, F. De la transition épidémiologique à la transition sanitaire: l'improbable convergence générale. In: CHAIRE QUÉTELET: RALENTISSEMENTS, RÉSTANCES, RUPTURES DANS LES TRANSITION DÉMOGRAPHIQUES, 2010, Louvain-la-Neuve. **Anais...** INED, 2010.

WOOD, C. H.; CARVALHO, J. A. M. **The demography of inequality in Brazil**. New York: Cambridge University Press, 1988.

YUNES, J.; RONCHEZEL, V. S. C. Evolução da mortalidade geral, infantil e proporcional no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 8, (supl.), p. 3-48, jun.1974.

ZAVALA DE COSIO, M. E. La transición demográfica en América Latina y en Europa. In: SEMINAR ON FERTILITY TRANSITION IN LATIN AMERICA, 1990, Buenos Aires. **Anais...** Liège: IUSSP/CELADE/CENEP, 1990.

ZOLBERG, A. R. Special silver anniversary issue: international migration an assessment for the 90's. **International Migration Review**, US, v. 23, n. 3, p. 403-430, 1989.

ANEXO I

Classificação de doenças e causas de morte – 1894 – Secretaria do estado de São Paulo

Causas da Morte			
Classes	Nº de ordem	Discriminação	Acrescentadas
1ª			
Natos mortos	1	Nascidos mortos	falecidos após o nascimento
2ª	2	Debilidade congenita e icterícia dos recém-nascidos	marasmo infantil
Moléstias	3	Inanição	
especiais dos	4	Tetano dos recém-nascidos	
recém-nascidos	5	Outras	
3ª			
Velhice	6	Marasmo senil	
4ª	7	Homicídios	asfixia por enforcamento ou submersão
Mortes Violentas	8	Queimaduras	assassinato, envenenamento ofídico
	9	Outras	desastre
			choque traumático
5ª	10	Beri-beri	acesso pernicioso
Moléstias	11	Cachexia palustre	otite
infecciosas	12	Cholera-morbus	malária
e	13	Coqueluche	febre mesentérica
epidemias	14	Diphtheria	febre biliosa
	15	Erysipela	febre do mau caráter
	16	Febre amarella	febre gástrica
	17	Febre intermitente	febre paludosa, palustre, impaludismo
	18	Febre pernicioso	tifo ictericoide, tifo malárica
	19	Febre remittente	escarlatina
	20	Febre typhoide	febre maculosa (tifo americano)
	21	Influenza	septicemia
	22	Sarampão	elefantíase
	23	Variola	
	24	Outras	
6ª	25	Alcoolismo	raquitismo
Moléstias	26	Anemia	artrite
de	27	Cancro	hipertireoidismo
generalização e	28	Morphéa	
diatheses	29	Rheumatismo	
	30	Escorbuto	
	31	Syphilis	
	32	Tuberculose	
	33	Outras	

(Continuação)

Causas da Morte			
Classes	Nº de ordem	Discriminação	Acrescentadas
7ª Moléstias do systema nervoso	34	Amolecimento cerebral	apoplexia cerebral
	35	Congestão e hemorragia cerebral	comoção cerebral
	36	Convulsões	Alienação mental
	37	Epilepsia	arritmia cerebral
	38	Encephalite	espinha bífida
	39	Meningite	esclerose
	40	Paralysis	Neurastenia
	42	Outras	
8ª Moléstias dos aparelhos respiratorio e circulatorio	43	Aneurisma	aterosclerose, enfisema
	44	Angina pectoris	anginadifileica
	45	Apoplexia pulmonar	ataque do peito, cardíaco
	46	Asthma	apoplexia mitral
	47	Bronchite	ateromatoses
	48	Broncho pneumonia	cachexia tuberculosa
	49	Congestão pulmonar	catarro sufocante
	50	Endocardite	cirrose pulmonar
	51	Laryngite	edema da glote
	52	Moléstias organicas do coração	embolia pulmonar
	53	Pericardite	escrofulose
	54	Pleurisia	tosses
	55	Pneumonia	gangrena pulmonar
	56	Tuberculose pulmonar	cianose
9ª Moléstias dos aparelhos digestivo e annexos	57	Affecções da bocca, oesophago, estomago e pharynge	inflamação na garganta
	58	Colerina	gastrites
	59	Diarrhéia infantil	câncer/cancro no estômago
	60	Dysenteria	câncer hepático
	61	Enterite	inflamação intestinal
	62	Entero-colite	atrepsia do fígado
	63	Gastro enterite	vermes
	64	Hepatite	Apendicite
	65	Hernia e obstrucção	ascite
	66	Ictericia	diabete
	67	Inflammação do figado	mesenterite
	68	Parasytas intestinaes	
	69	Peritonite	
	70	Seirrhose hepatica	
	71	Outras	

(Continuação)

Causas da Morte			
Classes	Nº de ordem	Discriminação	Acrescentadas
10ª	72	Accidentes do parto	
Moléstias dos	73	Cancro uterino	pelvipерitonite
orgãos sexuaes	74	Eclampsia	cancro na bexiga, útero
e urinarios	75	Hemorragia puerperal	cistite
com inclusão	76	Metrite	uremia
das puerperaes	77	Metro peritonite	febre puerperal
	78	Nephrite	Albuminúria
	79	Scepticemia puerperal	
	80	Outras	
11ª	81	Abcessos	linfangite, carcinoma, flebite
Moléstias dos orgãos	82	Gangrena	feridas crônicas, peritonite
da locomoção, pelle	83	Rachitismo	melanoma, mastite
e tecido cellular	84	Ulceras	Actinomicose
12ª	85	Apoplexia	adinamia
Moléstias	86	Athrepsia	anasarca
mal	87	Cachexia	fraqueza
determinadas	88	Colicas	estupor
	89	Dentição	insolação
	90	Febres	hemorragia
	91	Hydropesia	infecção purulenta
	92	Outras	marasmo
			morte natural ou repentina
13ª			
Mortes por causas	93	Sem declaração de molestias	Moléstias não identificadas
não assignaladas			

Fonte: SÃO PAULO, 1894. Relatório apresentado ao [...]. Secretário dos Negócios do Interior do Estado de São Paulo, pelo Diretor da Repartição da Estatística e Archivo Dr. Antonio de Toledo Piza.