# DIFERENCIAIS DE MORTALIDADE ENTRE ESCRAVOS E LIVRES: A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CAMPINAS (1876-1882)

*Matheus Alves Albino*[1]

Mestrando em Demografia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (UNICAMP)

*albino@usp.br*

**Resumo**

Utilizando a documentação das Matrículas de Enfermos e Relatórios dos Provedores da Santa Casa de Misericórdia de Campinas, traçamos o perfil dos atendidos e analisamos a mortalidade diferencial entre escravos e livres, brasileiros e estrangeiros nos primeiros anos de funcionamento desse hospital filantrópico. Com uma técnica de análise do diferencial de mortalidade baseada na Decomposição de Oaxaca-Blinder, concluímos que apesar de as características de escravos favoreceram um diferencial de mortalidade reduzido e de haver incentivos econômicos em seu tratamento, a taxa de mortalidade escrava foi superior devido às condições de vida impostas pelo cativeiro. Entre a população livre, brasileiros apresentaram mortalidade superior a de estrangeiros. Uma das hipóteses para o resultado é a procura tardia de auxílio por parte dos nacionais.

**Palavras-chave:** Escravidão. Decomposição de Oaxaca-Blinder. Mortalidade Hospitalar. Santa Casa de Misericórdia. Campinas.

**Mortality differentials between *slaves* and free people: the Santa Casa de Misericórdia of Campinas (1876-1882)**

**Abstract**

Using documentation involving patients' records and reports of the administration of Santa Casa de Misericórdia of Campinas (1876-1882), we examined demographic characteristics of slaves and poor free people and analyse the differences in mortality rates of the patients. A decomposition technique based on the Oaxaca-Blinder decomposition, concluded that despite the slaves' sociodemographic characteristics favoring a smaller mortality gap in relation to poor free people, the rate of slave mortality is higher due to the slaves' living conditions. Among the free population, Brazilians had higher mortality than foreigners. Hypotheses raised are the belated demand for aid from nationals, differences in age structure and female underrepresentation between two populations.

**Key-words:** Slavery. Oaxaca-Blinder decomposition. In-hospital mortality. Santa Casa de Misericórdia. Campinas.

## Introdução

A segunda metade do século XIX é caracterizada por grandes mudanças na composição da população decorrentes do crescimento da população livre por meio de reprodução natural, emancipação dos escravos e imigração para reposição da mão de obra nas lavouras de café (Eisenberg, 1989, p. 224). Nesse cenário, a cidade de Campinas, localizada no *oeste paulista*, despontou como uma das mais maiores e mais importantes produtoras de café de São Paulo[1].

Ao mesmo tempo que experimentou desenvolvimento econômico, transformações no mundo do trabalho, crescimento populacional e ampliação do quadro urbano, a cidade foi atingida pelos surtos das doenças infectocontagiosas que impactaram dramaticamente a vida no mundo urbano e rural, sua economia e população. Desde a lepra e a varíola no início e metade do século XIX até a febre amarela em suas décadas finais, as doenças tiveram importante lugar no rol de preocupações da população e do poder público.

Para cuidar dos casos da lepra e varíola, foram criados ambientes de isolamento na cidade. Em 1863, foi fundado o Asilo de Morféticos, que confinava de maneira compulsória os portadores da doença assim que fossem identificados pelo Fiscal da Câmara. Em 1874, foi construído em 1874 o Hospital de Variolosos.

A população pobre, devido às condições de vida, tornou-se o alvo preferido das doenças. Habituou-se a ver uma massa de excluídos pela pobreza ou pelas doenças, que morria no desamparo ou confinada em um dos ambientes de isolamento da cidade. Essa população trouxe a necessidade de amparo em um sistema mais complexo de assistência, efetivamente colocado em prática pelos hospitais filantrópicos (Lapa, 1996, p. 217).

Nesse contexto, a fundação de estabelecimentos como a Santa Casa de Misericórdia de Campinas em 1876 significou um importante marco para a prática assistencial da cidade e representou um processo de racionalização institucional da filantropia até então pulverizada em ações assistenciais (Rocha, 2005, p. 105).

Embora exista uma literatura relativamente sólida sobre as conexões entre escravidão e história da saúde e das doenças, pouco ainda se sabe sobre a assistência à saúde da população escravizada e livre pobre oferecida por instituições como a Santa

[1] Sobre as transformações econômicas de Campinas na segunda metade do século XIX, ver por exemplo Semeghini (1988) e Danielli Neto & Celia (1996).

Casa de Misericórdia, especialmente a partir da segunda metade do século XIX (Sá, 2008, p. 21).

Trabalhos clássicos como de Laima Mesgravis (1977) para São Paulo, Russell-Wood (1981) para a Bahia e Mary Karasch (2000) para o Rio de Janeiro, trazem elementos que ajudam a compreender esse panorama nas principais cidades do Brasil. Além disso, com o avanço das investigações sobre o tema, surgiram estudos para outras cidades brasileiras como o de Leila Alves Rocha (2005) para Campinas, Nikelen Witter (2007) para Porto Alegre, Claudia Tomaschewski (2007) para a Santa Casa de Pelotas, entre outros.

Nesses trabalhos, nota-se que o perfil dos atendidos pelas Santas Casas foi majoritariamente masculino e em idade ativa, e que a mortalidade dentro desses hospitais foi relativamente alta, em torno de 15\% das entradas[2]. Isso levou a serem entendidos pela população como *antecâmaras da morte*, lugares onde se ia para morrer (Telarolli Júnior, 2014, p. 10). Os primeiros Relatórios da Provedoria da Santa Casa de Campinas confirmam essa tendência de mortalidade alta (especialmente a mortalidade escrava) e sub-representação feminina (Relatório dos Provedores, 1877, p. 3-4).

No entanto, uma exploração mais aprofundada dos registros hospitalares no que diz respeito aos enfermos e mortalidade diferencial entre escravos e livres pobres, nacionais e estrangeiros, ainda está por se fazer. O propósito dessa pesquisa é examinar, por meio da documentação da Santa Casa de Misericórdia de Campinas -- ainda pouco explorada por estudiosos -- o perfil dos enfermos e a mortalidade diferencial nesse hospital filantrópico durante a segunda metade do século XIX.

O período focalizado compreende os anos entre 1876 e 1882, correspondentes aos seis primeiros anos dos registros. O marco inicial significou o ano da fundação do Hospital de Misericórdia de Campinas. Para nosso objetivo inicial, é suficiente encerrar a análise em 1882, visto que corresponde aos anos finais de registros de escravos nas enfermarias.

## Métodos

[2] Segundo os Relatórios de Presidentes de Província, essa informação se confirma para as Santas Casas da Bahia (Bahia, 1877), Porto Alegre (Porto Alegre, 1878), Rio de Janeiro (Brasil, 1877), Campinas e Santos (São Paulo, 1877), ao menos para o início do período em análise.

Nas populações do passado como na atualidade, o acesso aos serviços de saúde e os diferenciais de mortalidade entre grupos distintos emergem como grandes questões da demografia para compreender a morbimortalidade. Particularmente, a literatura sobre o tema concentrou-se em desenvolver a análise das taxas de mortalidade e morbidade para uma determinada população com o apoio de fontes qualitativas para melhor investigar os momentos de mortalidade extraordinária.

Vários métodos conhecidos para identificação de momentos de crise de mortalidade, como o Método de Dupâquier e Del-Panta/Livi-Bacci são largamente utilizados. Além disso, o estudo da mortalidade diferencial utiliza métodos de decomposição da taxa de mortalidade para identificar e controlar os efeitos de diversas variáveis demográficas sobre esse diferencial.

A bibliografia que utiliza como fontes os registros disponíveis em hospitais do século XIX para investigar a mortalidade de escravos e livres, no entanto, ainda é relativamente escassa. É evidente a necessidade de uma investigação mais detalhada sobre o universo da escravidão por meio das estatísticas de morbimortalidade, ainda que a precariedade desses registros constitua-se em uma barreira natural (Nadalin, 2004; Barbosa, 2008).

O livro de Matrículas dos Enfermos da Santa Casa de Campinas traz uma vasta gama de informações que permitem inclusive o cálculo da permanência hospitalar para cada paciente. Dos 2.226 registros das matrículas entre outubro de 1876 e setembro de 1882, utilizamos em nossa análise 2.083 registros (683 escravos e 1.400 livres) que excluem dados duplicados e incompletos.

O preenchimento das matrículas era feito em dois momentos: primeiro, na admissão do paciente, declaram-se as características do enfermo como idade, sexo, estado conjugal, nacionalidade, naturalidade, local de residência, *remetente* e a data de entrada; segundo, na saída do paciente, declara-se a destinação final (morte, cura, melhora, entre outras possíveis) e a data de saída.

Geralmente, escravos não possuem identificação de sobrenome. Mas a adoção desse método de identificação provoca graves distorções[3]. Dessa forma, identificamos

[3] Ao observar os registros hospitalares do *Touro Infirmary Hospital*, em New Orleans, Prichett & Yun (2009, p. 5) assumiram que os enfermos sem sobrenome, cerca de 52% da amostra, são escravos.

escravos por meio da anotação explícita de sua condição nos livros de matrículas ou da informação disponível para o campo *remetente*. Esse campo discrimina os livres pobres (não pagantes), soldados e praças, aqueles trazidos ao hospital por algum responsável ou pelo seu senhor, no caso dos escravos, pensionistas e pagantes de diária.

As matrículas também contêm observações sobre as *moléstias* dos enfermos. Essa informação dá sabor à leitura da documentação, mas é repleta de termos que dificultam uma análise cuidadosa da taxa de morbidade associada a determinadas doenças sem que se estabeleça uma classificação geral das doenças e das expressões diagnósticas, além de provavelmente serem sujeitas a erros de diagnóstico, motivo pelo qual aqui reduzimos a interpretação da mortalidade hospitalar a termos mais gerais.

Com a elaboração do banco de dados, tornou-se possível estimar a probabilidade de morte hospitalar por meio de um modelo *probit*. Essa estratégia foi utilizada por autores como Ferrie (2003), utilizando os Censos de 1850 e 1860 e Green (2013, p. 153) para a Carolina do Norte na década de 1880.

Nossa análise compreendeu os fatores sintetizados no Quadro 1. A variável dependente assume valor 1 para morte no hospital. É razoável ainda esperar que as variáveis de idade e permanência hospitalar apresentem relações não lineares com mortalidade, motivo pelo qual optou-se por adicionar a variável de idade ao quadrado e as variáveis *dummy* que representam os quintis da distribuição da permanência hospitalar[4].

Quadro 1 - Variáveis do modelo de mortalidade hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de Campinas

| Variável | Descrição |
|---|---|
| Variável dependente | Valor 1 para morte hospitalar, 0 caso contrário |
| Idade | Idade presumida do paciente |
| Idade2 | Idade ao quadrado |
| dMasculino | Variável *dummy* igual a 1 se o indivíduo for homem |

Na Santa Casa de Campinas, os casos de livres pobres que não possuem sobrenome e de escravos com sobrenome de seus senhores são recorrentes, o que prejudica a utilização desse método.

[4] Os procedimentos que levaram a essas escolhas envolvem o uso de Modelos Aditivos Generalizados (GAM) e podem ser vistos em Crawley (2009, p. 659).

| | |
|---|---|
| dCasado | Variável *dummy* igual a 1 se o indivíduo for casado |
| Local de Residência | Conjunto de três variáveis *dummy* para residência em Campinas, Fazendas ou outras localidades |
| Permanência Hospitalar | Conjunto de cinco variáveis *dummy* para quintis de permanência |
| Mês de Admissão | Conjunto de seis variáveis *dummy* para bimestres |
| Ano de Admissão | Conjunto de sete variáveis *dummy* para o ano de admissão |

Diferenças nas taxas de mortalidade de escravos e livres podem ocorrer devido a uma série de características específicas dessas populações ou de doenças que castigaram um grupo mais do que outro. Um dos poucos resultados que apontam para um diferencial de mortalidade favorável ao escravo para estudos do século XIX são apresentados por Pritchett & Yun (2009).

Esses autores apresentam um método de análise derivado da decomposição de Oaxaca-Blinder, utilizada exaustivamente na Economia do Trabalho para análise do diferencial de salários entre homens e mulheres. Essa decomposição exige que exista dois grupos excludentes entre si (Oaxaca,1973; Blinder, 1973).

A ideia original da decomposição de Oaxaca-Blinder é estimar separadamente equações de regressão para dois grupos (digamos, A e B) e construir a partir delas uma equação auxiliar baseada nas características do grupo A com coeficientes estimados da equação de B. Esse método permite decompor o diferencial em duas partes: uma explicada por diferenças nas características e outra parte não explicada.

A motivação principal do método é responder perguntas como: quanto das diferenças entre os grupos são atribuídas às diferenças nas características e quanto pode ser atribuída a uma resposta comportamental associada às características? É relativamente fácil calcular essa decomposição para equações lineares. No entanto, o cálculo não é trivial quando utilizamos modelos como o *probit* (Yun, 2004, p. 275).

Em nosso caso, $Y$ é uma variável dicotômica que assume valor 1 para indivíduos que morreram no hospital. As probabilidades de morte para cada $i$ enfermo da Santa Casa são dadas pela expressão:

$$Pr(Y_i = 1|X) = \Phi(\beta_1 X_{1i} + \cdots + \beta_k X_{ki}) = \Phi(X_i \beta) \quad (1)$$

Em que $X_i$ é o vetor de variáveis explicativas, $\beta$ é o vetor dos coeficientes da regressão e $\Phi(\cdot)$ é a função de distribuição acumulada normal padrão. Seguindo os procedimentos adotados por (Pritchett & Yun, 2009, p. 248), podemos aproximar a taxa de mortalidade observada pela média das probabilidades de morte atribuídas a cada indivíduo da amostra. Formalmente,

$$\bar{M} = \overline{\Phi(X\beta)} = \sum_{i=1}^{N} \Phi(X_i \beta) \quad (2)$$

Com base nesse resultado, estimamos as equações de mortalidade para e livres e escravos separadamente, obtendo $\bar{M}_L = \overline{\Phi(X_L \beta_L)}$ e $\bar{M}_E = \overline{\Phi(X_E \beta_E)}$, respectivamente. Calcula-se a partir disso a mortalidade contrafactual de livres caso tivessem os coeficientes dos escravos, isto é, $\tilde{M}_L = \overline{\Phi(X_L \beta_E)}$. Dessa forma, a diferença entre taxas médias estimadas de mortalidade geral atribuídas a escravos e livres pode ser decomposta em:

$$\bar{M}_E - \bar{M}_L = [\overline{\Phi(X_E \beta_E)} - \overline{\Phi(X_L \beta_E)}] - [\overline{\Phi(X_L \beta_E)} - \overline{\Phi(X_L \beta_L)}] \quad (3)$$

O primeiro termo entre colchetes do lado direito da Equação (3) mede o chamado *efeito das características* específicas de escravos e livres sobre a probabilidade de morte no hospital. Suponha, por exemplo, que pacientes idosos apresentam maior risco de morte que pacientes mais jovens. Se escravos foram mais velhos em média, o efeito das características terá sinal positivo e contribuirá para um aumento do diferencial entre livres e escravos.

O segundo termo contabiliza o *efeito dos coeficientes* da regressão nas diferenças de mortalidade entre escravos e livres. Suponha, por exemplo, que mulheres escravas desenvolvam maiores complicações no hospital. Uma mulher livre com as mesmas características terá chances menores de morte devido a um efeito dos coeficientes de sinal positivo que contribuirá para um aumento do diferencial entre livres e escravos. Esse efeito, no contexto de *gap* salarial, é comumente tratado como uma medida de *discriminação*.

Pode ser interessante analisar os efeitos específicos de cada variável sobre o diferencial de mortalidade, como nos dois exemplos acima, onde usamos exemplos de efeitos específicos das variáveis idade e sexo para explicar o conceito por trás da decomposição. No entanto, uma limitação da Decomposição de Oaxaca-Blinder original é o chamado problema do efeito omitido das variáveis binárias, ou ainda, *problema de identificação dos grupos de referência*.

Isso significa que o resultado da decomposição varia conforme se escolhem diferentes grupos de referência para evitar o problema de colinearidade das variáveis *dummy* da regressão. Esse problema de *path dependency* é discutido em Scorzafave & Pazello (2007), onde se aplicou a solução proposta por Yun (2005a). Ela consiste em restringir os coeficientes das variáveis binárias a categorias individuais de soma zero, ou seja, *utilizar equações normalizadas* de modo que os resultados da decomposição sejam invariantes à escolha da categoria de referência.

A contribuição relativa de cada variável para o diferencial de mortalidade em termos de efeitos das características e efeitos dos coeficientes, é dada pela Equação (4):

$$\bar{M}_E - \bar{M}_L = \sum_{i=1}^{K} W_{\Delta X}^{K}[\overline{\Phi(X_E\beta_E)} - \overline{\Phi(X_L\beta_E)}] + \sum_{i=1}^{K} W_{\Delta\beta}^{K}[\overline{\Phi(X_L\beta_E)} - \overline{\Phi(X_L\beta_L)}] \qquad (4)$$

Em que pesos $W_{\Delta X}^{K}$ e $W_{\Delta\beta}^{K}$ indicam a contribuição relativa da variável $k$ em termos de efeitos nas características e nos coeficientes. Essa decomposição é livre de *path dependency*. O cálculo dos pesos pode ser realizado a partir das informações dos

coeficientes da regressão e dos valores médios das variáveis do modelo, como proposto por Yun (2004, p. 277-278).

Os intervalos de confiança e estatística de teste $t$ são calculados conforme o método descrito em Yun (2005b) e a operacionalização desses cálculos se deu a partir da rotina escrita por Jann (2008).

## Resultado e discussão

A mortalidade era alta na Santa Casa de Misericórdia de Campinas. Quando analisados os dados de Tomaschewski (2007), observa-se que as taxas brutas de mortalidade hospitalar de Campinas se assemelham ao perfil da Misericórdia de Porto Alegre e foram superiores em todos os anos comparados a Pelotas, ultrapassando inclusive em seu primeiro ano de funcionamento a grandeza de 200 por mil entradas.

Tabela 1 - Mortalidade Geral das Santas Casas de Misericórdia: Campinas, Pelotas e Porto Alegre

| Ano Base | Campinas | Pelotas | Porto Alegre |
|---|---|---|---|
| 1876-1877 | 257,1* | 132 | 127,4 |
| 1877-1878 | 149,6 | 142 | 140 |
| 1878-1879 | 166,6 | 108 | 185,2 |
| 1879-1880 | 191,5 | - | 148,4 |
| 1880-1881 | 164,8 | 110 | 212,4 |
| 1881-1882 | 148,2[i] | 110 | 146,3** |

Fonte: Matrículas de Enfermos do Hospital de Misericórdia de Campinas (1876-1882) e Tomaschewski (2014).

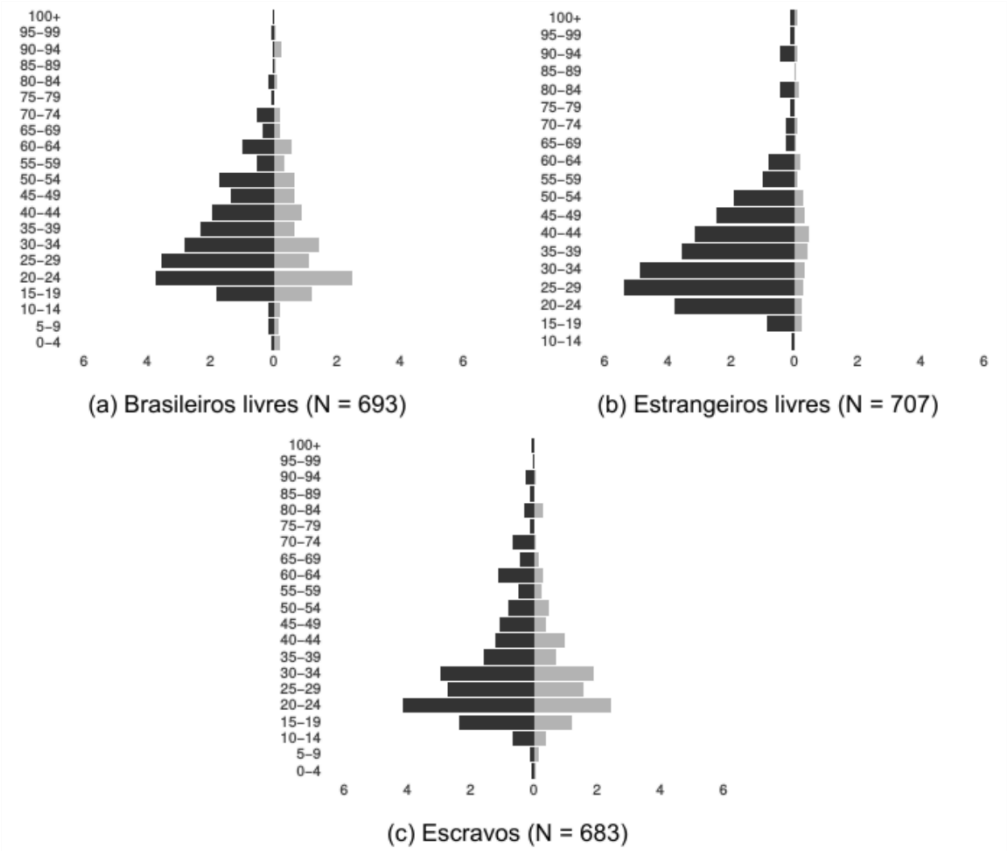
Nota: Período de Referência - 01 de julho a 30 de junho. * 03 de outubro de 1876 a 30 de junho de 1877. ** 01 de janeiro de 1872 a 31 de dezembro de 1872.

A alta mortalidade pode ser considerada uma regra geral. Outras Misericórdias apresentaram desempenho semelhante, como pode-se observar a partir dos Relatórios dos Presidentes de Província. A título de comparação, a Santa Casa de Santos apresentou para

os anos de 1879/1880 uma taxa de mortalidade de 15,2% das internações e para o ano seguinte, de cerca de 12% (São Paulo, 1881, livro 1025, p. 250). A Santa Casa do Rio de Janeiro, com movimentação de mais de 15.000 enfermos por ano, manteve para o ano de 1877/1878 uma mortalidade de 15,8%. No ano seguinte, apresentou taxa de 15,4% e em 1882, 15% (Brasil, 1877; Brasil, 1878; Brasil, 1881).

A sub-representação feminina e nas primeiras faixas de idade é evidente. A distribuição etária por condição social traz fortes evidências de populações suficientemente enviesadas por indivíduos do sexo masculino, em especial por estrangeiros fortemente representados pelas nacionalidades portuguesa, italiana, alemã e de africanos livres.

Figura 1 – Distribuição etária dos enfermos da Santa Casa de Misericórdia por condição social, 1876-1882



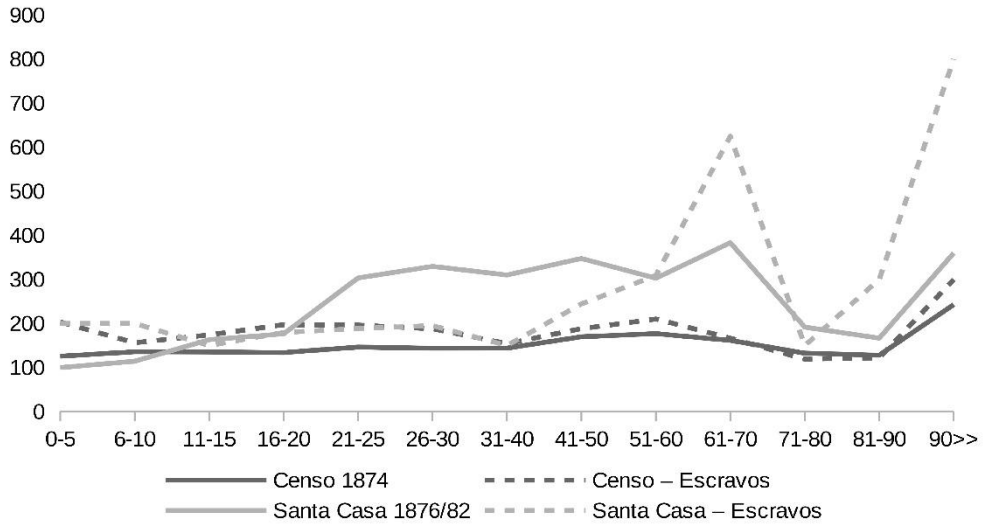

Fonte: Matrículas de Enfermos do Hospital de Misericórdia de Campinas (1876-1882).

Os resultados do Censo de 1874 e das Matrículas são semelhantes nas primeiras faixas de idade, mas o viés de indivíduos do sexo masculino na lista de pacientes do hospital mostra-se intenso.

As razões de sexos mostram que uma sobrerrepresentação dos homens em idade ativa no hospital que é um pouco menor nos pacientes escravos. Essa distorção é provocada por estrangeiros, que têm composição acentuadamente masculina.

Essa representação de estrangeiros, sobretudo de portugueses, alemães, italianos e africanos livres é significativa mesmo considerando a população total. O Censo de 1874 mostra que 78% da população estrangeira livre da cidade é composta por homens. Campinas abrigava 13,11% do total da população estrangeira do Estado de São Paulo.

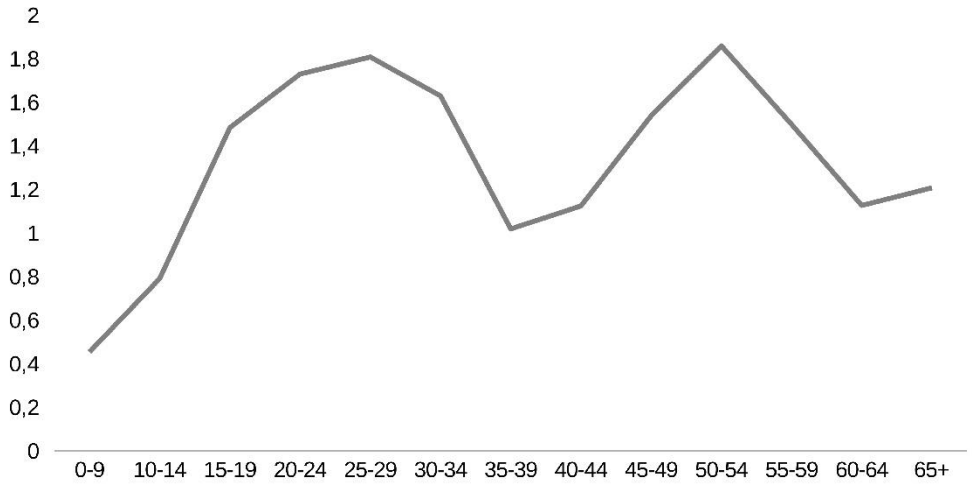
Figura 2 – Razão de Sexos (H/M) para população total e escrava – Censo de 1874 e Santa Casa de Campinas, 1876-1882




Fonte: Bassanesi (1998) e Matrículas de Enfermos do Hospital de Misericórdia de Campinas (1876-1882).

A análise da mortalidade conduz a um resultado inicial importante: o diferencial com relação ao sexo. Usualmente, as diferenças de mortalidade entre homens e mulheres são apresentadas em termos da Razão de Sobremortalidade Masculina. No entanto, para a Santa Casa de Misericórdia, mulheres pouco foram atendidas e morreram em maior parte dos casos. A Figura 3 revela que para as faixas de idade reprodutiva, as mulheres morreram quase duas vezes mais que os homens.

Figura 3 – Sobremortalidade feminina no Hospital da Misericórdia de Campinas, 1876–1882




Fonte: Matrículas de Enfermos do Hospital de Misericórdia de Campinas (1876-1882).

Daniel Oliveira (2012) mostra que esses dados se repetem para as mulheres na Santa Casa de Porto Alegre. Geralmente, as mulheres chegaram aos hospitais em situação mais grave, depois de esgotados todos os recursos de tratamentos caseiros realizados por curandeiros ou parteiras, no caso de complicações no parto. Entretanto, a mortalidade feminina, como veremos, não se comportou da mesma forma na população escrava e livre.

A diferença entre a mortalidade de escravos e livres é da ordem de 3,05%. No ano de 1881, quando a mortalidade escrava chegou a 24,7% enquanto a taxa dos livres foi de 12%, esses resultados foram interpretados como ótimos, em se tratando do escravo e relativamente altos, em se tratando dos livres.

Tabela 2 - Decomposição do diferencial de mortalidade hospitalar entre escravos e livres, 1876-1882

| Variáveis | Efeitos das Características | Efeitos dos Coeficientes | Efeito Total |
|---|---|---|---|

| | Estimativa | | Diferencial | Estimativa | | Diferencial | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Efeito agregado | -0,0222 | * | -72,8% | 0,0527 | ** | 172,8% | 100,0% |
| | (0,0134) | | | (0,0226) | | | |
| Efeitos subagregados | | | | | | | |
| Idade | −0,0057 | | -18,7% | -0,0200 | | -65,7% | -84,3% |
| | (0,0048) | | | (0,0992) | | | |
| Sexo | −0, 0035 | | -11,5% | 0,0465 | *** | 152,4% | 140,9% |
| | (0,0043) | | | (0,0135) | | | |
| Estado conjugal | 0,0089 | ** | 29,2% | 0,0313 | ** | 102,5% | 131,8% |
| | (0,0038) | | | (0,0135) | | | |
| Local de residência | -0,0149 | | -48,8% | 0,0129 | | 42,2% | -6,6% |
| | (0,0117) | | | (0,0307) | | | |
| Permanência hospitalar | -0,0041 | | -13,4% | -0,0006 | | -2,1% | -15,5% |
| | (0,0025) | | | (0,0014) | | | |
| Mês de admissão | -0,0017 | | -5,5% | -0,0001 | | -0,4% | -5,9% |
| | (0,0045) | | | (0,0022) | | | |
| Ano de admissão | -0,0013 | | -4,2% | 0,0038 | | 12,6% | 8,4% |
| | (0,0015) | | | (0,0128) | | | |
| Intercepto | - | | | -0,1163 | | -380,9% | -380,9% |
| | | | | (0,1034) | | | |

| | | |
|---|---|---|
| Diferencial de mortalidade | 0,0305 | * |
| | (0,0172) | |

Fonte: Matrículas de Enfermos do Hospital de Misericórdia de Campinas (1876-1882).

Nota: ***, **, * denotam significância de 1% , 5% e 10%, respectivamente. Erro padrão entre parênteses. Decomposição de Oaxaca-Blinder operacionalizada por meio da rotina criada por Jann (2008).

Segundo o médico Guilherme da Silva, o resultado quanto a classe escrava é relativamente ótimo porque alguns fazendeiros consideravam a Santa Casa *um verdadeiro necrotério por onde devem passar os escravos*. Por sua vez, os doentes livres só buscaram tratamento quando esgotadas todas as alternativas muitas vezes recomendadas por leigos, o chamado *batismo terapêutico*. Muitas vezes, chegaram em estado grave ou avançado das doenças, *tornando a terapêutica impotente perante eles* (Relatório dos Provedores, 1881, p. 11).

O efeito das características apresentou sinal negativo que representou 72,8% do diferencial de mortalidade. Isso significa que escravos acumularam características demográficas que tiveram efeito negativo sobre as diferenças de mortalidade na ordem de 2,22 pontos percentuais. No entanto, o efeito agregado dos coeficientes foi no sentido de agravar as diferenças entre escravos e livre e representou 172,8% da mortalidade diferencial, correspondendo a 5,27 pontos percentuais de diferença. Em outras palavras, apesar de a população escrava apresentar composição favorável a uma menor mortalidade em média, a maior probabilidade de morte decorrente da condição de escravo é responsável pela mortalidade diferencial.

O efeito dos coeficientes é muitas vezes entendido como uma parte *não explicada* das diferenças, ou como um termo de *discriminação*. Quando analisamos os efeitos das variáveis individualmente, é possível verificar que 88% desse efeito não explicado é decorrente da variável sexo. Ou seja, há um efeito agravante da mortalidade diferencial de 4,65 pontos percentuais relacionado ao sexo que é responsável pelas diferenças de mortalidade entre escravos e livres. Quais hipóteses poderiam ser levantadas a esse respeito?

A razão de masculinidade era maior na população escravizada. No geral, como a taxa de mortalidade feminina foi maior, essa característica da população atua no sentido de reduzir a mortalidade média dos escravizados e a diferença com relação aos livres. Entretanto, na prática o contrário foi verificado. Homens livres apresentaram chances 10,77% menores de morte hospitalar com relação às mulheres livres, o que não ocorreu para a população escrava onde homens e mulheres apresentaram níveis de mortalidade semelhantes.

Um viés de seleção dos escravos que eram hospitalizados pode dar conta de explicar esse fenômeno, mais do que uma discriminação propriamente dita. Escravos eram pagantes e aparentemente, não há relatos de discriminação no tratamento, de forma que brasileiros, estrangeiros e escravos tinham as mesmas condições de cuidado ao entrarem no hospital:

Havia incentivos econômicos em um bom tratamento dos escravos e no atendimento o mais rápido possível dessa categoria. Segundo Pritchett & Yun (2009, p. 22), a partir do momento que o escravo era entendido como um investimento pelo seu senhor e a diária nos leitos do hospital eram um custo, o senhor de escravos provê o tratamento quando seu benefício marginal, isto é, o diferencial entre o preço do escravo se saudável e seu preço depreciado devido à enfermidade, excede os custos de hospitalização[5]

Lander & Pritchett (2009) apontam que o cuidado dado a escravos poderia estar associado ao seu preço de mercado. Velhos e crianças raramente recebiam atendimento em *Touro*, indicando que só escravos mais valiosos recebiam tratamento. É notável que os escravos atendidos pela Santa Casa de Campinas acumularam características consideradas geralmente valorizadas, visto que foram majoritariamente homens em idade ativa[6].

[5] Em Campinas, escravos com deficiências ou doenças tinham seu valor depreciado. Para uma análise com base em inventários, ver Valter Martins (2004).

[6] O preço do escravo era influenciado por suas características demográficas, sexo e idade, valendo para a generalidade dos casos os maiores preços para homens em idade ativa. Para uma análise sobre o preço dos escravos conforme suas características, ver Marcondes e Motta (2001).

Dessa forma, poderia não haver incentivos econômicos na internação hospitalar de escravos menos relevantes à economia dos proprietários, sobretudo mulheres e indivíduos fora da idade ativa. Além do mais, um fator responsável pela maior mortalidade feminina comumente identificado pela bibliografia são os casos cirúrgicos de mortalidade materna. Para esses casos, os escravos contavam com um sistema próprio de assistência que inclui curandeiros, sangradores e parteiras – que muitas vezes também era utilizado por brancos (Pôrto, 2006, p. 1023).

Outra variável exerce influência significativa para a diferença *não explicada* entre escravos e livres: o estado conjugal. No geral, há tendência de os indivíduos casados apresentarem melhor saúde do que solteiros e viúvos. No entanto, esse efeito só foi significativo para a população escravizada. Enquanto o status de casado reduziu em 11,12% as chances de mortalidade nos escravos, isso não ocorreu para os livres.

Como os enfermos escravos tem maior representação de solteiros (75,18%) do que os livres (62,28%), o efeito das características dessa variável contribuiu para um agravamento do diferencial entre escravos e livres. Além do mais, o efeito dos coeficientes vai no mesmo sentido, sendo responsável por agravar a mortalidade diferencial em 3,13 pontos percentuais. Uma hipótese para sustentar esse resultado são as condições de vida mais precárias que o cativeiro impunha sobre os escravizados.

Doenças respiratórias e lesões no coração atingiram os escravos de maneira diferenciada, relacionadas a esforço excessivo. As principais doenças que mataram na Santa Casa foram a pneumonia, diversas lesões pulmonares e tuberculose. Em segundo lugar, vieram as doenças cardiovasculares, e logo após, as doenças do aparelho gastrointestinal. No geral, são doenças associadas às condições de vida. Uma análise mais cuidadosa sobre os escravos casados pode revelar que, inseridos em laços de solidariedade e num contexto de constituição de família, pressupondo um cuidador alternativo ao hospital, indivíduos casados apresentaram realmente maiores chances de resistir ao tratamento.

Dentro da população livre existem dramáticas diferenças no perfil de mortalidade. Para todos os anos, brasileiros livres apresentaram taxas de mortalidade maiores do que estrangeiros no hospital da Santa Casa. A taxa média de mortalidade de brasileiros no

hospital considerando todos os registros foi da ordem de 209,3 por mil pacientes, enquanto a de estrangeiros livres apresentou o valor de 119,2 por mil pacientes.

Tabela 3 - Decomposição do diferencial de mortalidade hospitalar entre brasileiros e estrangeiros livres, 1876-1882

| Variáveis | Efeitos das Características | | Efeitos dos Coeficientes | | Efeito Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | Estimativa | Diferencial | Estimativa | Diferencial | |
| Efeito agregado | 0,0179 | ** 20,3% | 0,0702 | *** 79,7% | 100,0% |
| | (0,0093) | | (0,0204) | | |
| Efeitos subagregados | | | | | |
| Idade | -0,0118 | ** -13,4% | 0,1539 | * 174,8% | 161,4% |
| | (0,0053) | | (0,0931) | | |
| Sexo | 0,0286 | ** 32,5% * | -0,0111 | -12,7% | 19,8% |
| | (0,0083) | | (0,0178) | | |
| Estado conjugal | -0,0005 | -0,5% | -0,0018 | -2,0% | -2,6% |
| | (0,0013) | | (0,0084) | | |
| Local de residência | -0,0001 | -0,1% | 0,0487 | 55,3% | 55,2% |
| | (0,0027) | | (0,0362) | | |
| Permanência hospitalar | 0,0009 | 1,0% | -0,0016 | -1,8% | -0,8% |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | (0,0010) | | (0,0012) | | |
| Mês de admissão | -0,0025 | -2,9% | 0,0017 | 1,9% | -0,9% |
| | (0,0019) | | (0,0019) | | |
| Ano de admissão | 0,0033 | 3,7% | -0,0033 | -3,8% | -0,1% |
| | (0,0031) | | (0,0102) | | |
| Intercepto | - | | -0,1163 | -132,0% | -132,0% |
| | | | (0,1034) | | |
| Diferencial de mortalidade | 0,0881 | *** | | | |

Fonte: Matrículas de Enfermos do Hospital de Misericórdia de Campinas (1876-1882).

Nota: ***, **, * denotam significância de 1% , 5% e 10%, respectivamente. Erro padrão entre parênteses. Decomposição de Oaxaca-Blinder operacionalizada por meio da rotina criada por Jann (2008).

As estimativas da decomposição da mortalidade diferencial apontam para uma diferença média entre brasileiros e estrangeiros livres de 8,81 pontos percentuais, muito maior do que a diferença entre escravos e livres de maneira agregada. A Tabela 3 apresenta a decomposição do diferencial em termos agregados e subagregados para as variáveis explicativas do modelo. Sinais negativos das estimativas tem efeito atenuante, enquanto sinais positivos tem efeito agravante no diferencial entre brasileiros e estrangeiros.

Nesse caso, tanto o efeito das características quanto o efeito dos coeficientes vão no sentido de agravar a mortalidade diferencial em favor dos estrangeiros. O efeito agregado das características representou 20,3% do diferencial total, isto é, 1,79 pontos percentuais. Isso se deve especialmente a diferenças na representação feminina entre as duas populações.

Como explorado, o perfil dos enfermos da Santa Casa é enviesado para o sexo masculino, o que é mais predominante entre os estrangeiros. Muito disso se deve ao próprio perfil da população estrangeira do município, que sendo predominantemente homens de idade ativa, eram mão de obra em potencial. Mulheres morreram mais no Hospital de Misericórdia, motivo pelo qual a maior sub-representação feminina entre os estrangeiros lhe conferiram um bônus de 2,86 pontos percentuais de diferença sobre a mortalidade de brasileiros via efeito das características.

Um fator que poderia contribuir para essa sub-representação feminina e sobremortalidade foi a visão comum à época de que os hospitais eram considerados lugares masculinos, *inadequados para mulheres e moças*. Essa impressão é apontada por Ian Read (2012, p. 134) estudando a Santa Casa de Santos, diante de uma representação feminina de apenas 13% entre os enfermos livres. Apesar das distinções e o perfil de Santos como cidade portuária, recebendo um grande número de marinheiros, as mulheres evitaram os cuidados dos hospitais e se apresentaram em casos graves, o que aumentaria seus riscos.

Em sentido contrário, o efeito das características atribuído à estrutura etária das populações favorecem uma diminuição no diferencial em favor dos brasileiros. Esse efeito não é suficiente para compensar os efeitos da variável sexo, mas reduzem a mortalidade diferencial em 1,18 pontos percentuais. Como uma idade mais avançada tem efeito positivo sobre mortalidade, diante de uma idade média de 35 anos para nacionais livres e de 38 anos para estrangeiros, esse efeito das característica atuou no sentido de diminuição do diferencial.

No entanto, o efeito de um ano de vida sobre mortalidade não foi o mesmo nesses dois grupos e a análise do efeito dos coeficientes ajuda a compreender esse aspecto. O efeito agregado dos coeficientes correspondeu a 79,7% do diferencial de mortalidade, e o efeito específico da idade foi ainda maior. De fato, enquanto um ano de idade foi responsável em aumentar a mortalidade dos brasileiros em 0,2%, esse efeito entre os estrangeiros foi muito menor, bem próximo de zero.

Disso resulta que em condições onde todas as características observadas de brasileiros e estrangeiros fossem iguais na média, 80% do diferencial de mortalidade

permaneceria. Quais os fatores não observados que poderiam levar a uma mortalidade de brasileiros maior que a de estrangeiros?

O Relatório dos Provedores (1877, p. 44) traz indícios de que o estrangeiro, apesar de enfrentar dificuldades na obtenção de documentos necessários para admissão, procurou os cuidados do hospital em estados menos graves, encaminhando ao hospital assim que se pronunciasse a moléstia. Os nacionais, por outro lado, procuraram a Santa Casa *só muito tarde e em lastimáveis condições de saúde*.

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

O relatório do ano compromissal de 1882-1883 confirma as evidências de que o hospital era concorrido de preferência por estrangeiros que vinham *prestar seu braço ao trabalho* e eram acometidos pelo cansaço e pelas doenças (Relatório dos Provedores, 1883, p. 11). Na mentalidade da população nacional, o hábito de procurar a Misericórdia se enraizaria mais lentamente.

Ainda que tais considerações para a mortalidade diferencial permitam explicar uma parte das diferenças entre homens e mulheres, escravos e livres pobres, nacionais e estrangeiros, parte desse diferencial permanece inexplicada e requer maior investigação acerca das hipóteses levantadas e do padrão de morbidade das principais doenças trazidas por outras fontes, que podem trazer ingredientes para estudos sobre o acesso à saúde e comportamento da morbimortalidade no município de Campinas durante o final do século XIX.

## Considerações Finais

A análise da mortalidade diferencial mostrou que apesar de os escravos reunirem características que diminuíram as chances de morte hospitalar e atenuantes do diferencial de mortalidade, morreram em maior quantidade dos casos. Havia incentivos econômicos para o tratamento de escravos homens em idade ativa e no atendimento o mais rápido possível dessa categoria, visto que eram considerados mão de obra valiosa. Ainda assim, devido a uma condição de vida mais precária imposta pelo cativeiro, a mortalidade escrava foi ligeiramente superior a dos livres. Uma pesquisa mais aprofundada a respeito dos sistemas de assistência aos escravos disponíveis para Campinas ainda merece atenção.

Dentro da população livre também existiram dramáticas diferenças entre nacionais e estrangeiros. Para todos os anos analisados, os brasileiros livres apresentaram taxas de mortalidade maiores do que estrangeiros na Santa Casa. Uma parcela dessa diferença está refletida nas características da distribuição etária das duas populações, sub-representação feminina e outros fatores pouco explicados. Uma hipótese que ajudou a compreender essa mortalidade diferencial se estabelece na procura tardia dos nacionais por auxílio do hospital, muito devido ao estigma de ser considerado um lugar com altíssimas taxas de mortalidade. Tendo isso em vista, nacionais procuravam o hospital com enfermidades muitas vezes em estado grave, avançado ou fazendo uso de terapias alternativas muitas vezes recomendadas por leigos.

Além disso, a sobrerrepresentação feminina teve impacto agravante na mortalidade diferencial entre brasileiros e estrangeiros. Parte disso devido à própria estrutura populacional desse segmento, e parte revelada por meio da a visão comum à época de que os hospitais eram considerados lugares masculinos, inadequados para mulheres e moças, fazendo com que raramente mulheres buscassem o hospital.

Por fim, algumas questões aguardam respostas. Com a ampliação da série histórica dos registros, os diferenciais apresentam tendências agravantes ou atenuantes? Esse trabalho abre lacunas para pesquisas voltadas aos aspectos do acesso à saúde e ao

estudo da dinâmica da morbimortalidade da população escrava, nacional e estrangeira, especialmente dos que não podiam pagar serviços privados de assistência.

## Referências


### Fontes manuscritas

MATRÍCULAS de Enfermos do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Campinas. Arquivo do Centro de Memória UNICAMP, 1876–1882.

### Fontes impressas

BRASIL. *Relatório apresentado à Assembleia Geral Legislativa na 1a sessão da 17a legislatura pelo Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Império, Carlos Leoncio de Carvalho.* Rio de Janeiro, 1878.

BRASIL. *Relatório apresentado à Assembleia Geral Legislativa na 2a sessão da 17a legislatura pelo Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Império, Carlos Leoncio de Carvalho.* Rio de Janeiro, 1879.

BRASIL. *Relatório apresentado à Assembleia Geral Legislativa na 1a sessão da 18a legislatura pelo Ministro e Secretário de Estado Interino dos Negócios do Império, Manoel Pinto de Souza Dantas.* Rio de Janeiro, 1882.

PORTO ALEGRE. *Falla com que o exm. sr. dr. João Chaves Campello abrio a segunda sessão da 17a legislatura no dia 12 de março de 1878*. Porto Alegre: Typographia do Mercantil, 1878.

RELATÓRIO apresentado à Irmandade de Misericórdia de Campinas em sua reunião geral de 26 de junho de 1881 pelo seu provedor Joaquim José Vieira. Campinas: Typographia da Gazeta de Campinas, 1881.

RELATÓRIO apresentado à Irmandade de Misericórdia de Campinas pelo respectivo provedor Joaquim José Vieira. São Paulo: Typographia da Província, 1877.

RELATÓRIO apresentado à Irmandade de Misericórdia de Campinas pelos respectivos provedores cônego Joaquim José Vieira efetivo e Dr. Valentim José da Silveira Lopes interino no ano compromissal de 1882 a 1883. São Paulo: Typographia a vapor da Gazeta, 1883.

SÃO PAULO. *Relatório apresentado à Assembléa Legislativa Provincial de S. Paulo pelo presidente da provincia, o exm. sr. dr. Sebastião José Pereira.* Santos, 1877.

SÃO PAULO. *Relatório apresentado à Assembléa Legislativa Provincial de S. Paulo pelo presidente da provincia, Laurindo Abelardo de Brito, no dia 13 de janeiro de 1881*. Santos, 1881.

**Bibliografia**

BAHIA. *Relatório com que ao illm. e exm. snr. dezembargador Henrique Pereira de Lucena, passou a administrao da provincia em 5 de fevereiro de 1877 o exm snr. conselheiro Luiz Antonio da Silva Nunes*. Bahia: Typographia do Jornal da Bahia, 1877.

BARBOSA, Keith. Escravidão, mortalidade e doenças: notas para o estudo das dimensões da diáspora africana no Brasil. In: ANPUH/SP-USP. *Anais do XIX Encontro Regional de História: Poder, Violência e Exclusão*. São Paulo, 2008. p. 8–12.

BASSANEZI, Maria Sílvia C. Beozzo. *São Paulo do passado: dados demográficos*. Campi- nas, 1998. v. 1–5.

BLINDER, Alan S. Wage discrimination: reduced form and structural estimates. *Journal of Human resources*, JSTOR, Madison, p. 436–455, 1973.

CRAWLEY, Michael J. *The R book*. Chichester: John Wiley & Sons, 2009.

DANIELI NETO, Mario; CELIA, Maria Isabel Basilisco. Aspectos históricos da evolução urbana do município de Campinas (SP) durante os séculos XVIII e XIX. *Leituras de Economia Política*, Campinas, v. 10, p. 105–123, jun. 1996.

EISENBERG, Peter. *Homens esquecidos: escravos e trabalhadores livres no Brasil; séculos XVIII e XIX*. Campinas: UNICAMP, 1989.

FERRIE, Joseph P. The rich and the dead. socioeconomic status and mortality in the united states, 1850-1860. In: *Health and labor force participation over the life cycle: Evidence from the past*. Chicago: University of Chicago Press, 2003. p. 11–50.

GREEN, Tiffany L.; HAMILTON, Tod G. Beyond black and white: Color and mortality in post-reconstruction era North Carolina. *Explorations in Economic History*, Elsevier, v. 50, n. 1, p. 148–159, 2013.

JANN, Ben. A Stata implementation of the Blinder-Oaxaca decomposition. *Stata Journal*, v. 8, n. 4, p. 453–479, 2008.

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

LANDER, Kevin; PRITCHETT, Jonathan. When to care: The economic rationale of slavery health care provision. *Social Science History*, Cambridge University Press, v. 33, n. 2, p. 155–182, 2009.

LAPA, José Roberto do Amaral. *A cidade: os cantos e os antros: Campinas, 1850-1900*. São Paulo: EDUSP, 1996.

MARCONDES, Renato Leite; MOTTA, José Flávio. Duas fontes documentais para o estudo dos preços dos escravos no vale do paraíba paulista. *Revista Brasileira de história*, SciELO Brasil, v. 21, n. 42, p. 495–514, 2001.

MARTINS, Valter. Livres, escravos e doenças: Campinas século XIX. *Encontro Regional De História*, v. 17, 2004.

MESGRAVIS, Laima. *A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599?-1884): contribuição ao estudo da assistência social no Brasil*. São Paulo: Conselho Estadual de Cultura, 1977.

NADALIN, Sérgio Odilon. *História e demografia: elementos para um diálogo*. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2004.

OAXACA, Ronald. Male-female wage differentials in urban labor markets. *International economic review*, JSTOR, p. 693–709, 1973.

OLIVEIRA, Daniel. *Morte e vida feminina: mulheres pobres e medicina da mulher na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1800-1900)*. Dissertação (Mestrado em História)— Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

PÔRTO, Ângela. O sistema de saúde do escravo no brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Fundação Oswaldo Cruz, v. 13, n. 4, 2006.

PRITCHETT, Jonathan; YUN, Myeong-Su. The in-hospital mortality rates of slaves and freemen: Evidence from touro infirmary, new orleans, louisiana, 1855–1860. *Explorations in Economic History*, Elsevier, v. 46, n. 2, p. 241–252, 2009.

READ, Ian. *The Hierarchies of Slavery in Santos, Brazil, 1822–1888*. Stanford: Stanford University Press, 2012.

ROCHA, Leila Alves. *Caridade e poder: a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Campinas (1871-1889)*. Dissertação (Mestrado em História Econômica) — Instituto de Economia - IE/UNICAMP, Campinas, 2005.

RUSSELL-WOOD, Anthony John. *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia: 1550-1755*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1981.

SÁ, Isabel dos Guimarães; LOPES, Maria Antonia. *História Breve das Misericórdias Portuguesas, 1498-2000*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra/Coimbra University Press, 2008. v. 1.

SCORZAFAVE, Luiz Guilherme; PAZELLO, Elaine Toldo. Using normalized equations to solve the indetermination problem in the Oaxaca-Blinder

decomposition: an application to the gender wage gap in Brazil. *Revista Brasileira de Economia*, v. 61, n. 4, p. 535–548, 2007.

SEMEGHINI, Ulysses Cidade. *Campinas (1860 a 1980): agricultura, industrialização e urbanização*. Dissertação (Mestrado em Economia) — Instituto de Economia - IE/UNICAMP, Campinas, 1988.

TELAROLLI JUNIOR, Rodolpho. Assistência sanitária e condições de saúde na zona rural paulista na primeira república. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 14, n. 1/2, p. 3–17, 2014.

TOMASCHEWSKI, Cláudia. Caridade e filantropia na distribuição da assistência: a Irman- dade da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas-RS: 1847-1922. Pontifícia Universidade Ca- tólica do Rio Grande do Sul, 2007.

TOMASCHEWSKI, Cláudia. *Entre o Estado, o Mercado e a Dádiva: A distribuição da assistência a partir das irmandades da Santa Casa de Misericórdia nas cidades de Pelotas e Porto Alegre, Brasil, c.1847 - c.1891.* Tese (Doutorado em História) — Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

WITTER, Nikelen Acosta. *Males e epidemias: sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX).* Tese (Doutorado em História) — Instituto de Ciências Humanas e Filosofia - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

YUN, Myeong-Su. Decomposing differences in the first moment. *Economics letters*, Elsevier, v. 82, n. 2, p. 275–280, 2004.

YUN, Myeong-Su. Hypothesis tests when decomposing differences in the first moment. *Journal of Economic and Social Measurement*, IOS Press, v. 30, n. 4, p. 295–304, 2005.

YUN, Myeong-Su. *Normalized equation and decomposition analysis: computation and inference.* Bonn, Germany, 2005. Discussion Paper n. 3652.

i