

**A MORTALIDADE ENTRE OS FILHOS DE TRABALHADORES PRETOS E BRANCOS ESTRANGEIROS NUMA REGIÃO CAFFEEIRA
PAULISTA: 1875-1930 (*)**

Como aqui a morte é tanta / só é possível trabalhar /
nessas profissões que fazem / da morte ofício ou bazar.
/ Imagine que outra gente / de profissão similar,
farmacêuticos, coveiros, / doutor de anel no anular, /
remando contra a corrente / da gente que baixa ao mar,
retirante às avessas / sobem do mar para cá.

(João Cabral de Mello Neto, *Morte e Vida Severina* — *Anto de Natal Pernambucano*).

**JEANNE BERRANCE DE CASTRO
JÚLIA MARIA LEONOR SCARANO
APARECIDA DA GLÓRIA AISSAR**

da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Rio Claro (SP).

O estudo da mortalidade dos descendentes das classes trabalhadoras e menos favorecidas pode abrir perspectivas novas para a compreensão dessas categorias populacionais, que tiveram o mérito de alicerçar a riqueza da Nação, núcleo de sua mão-de-obra.

A pesquisa que empreendemos, tem, pois, dois aspectos específicos: a) — teórico, como subsídio para o estudo de um município paulista num período de progresso econômico e de transformação social, decorrentes do desenvolvimento da cultura cafeeira, com maior afluência de migrantes tanto homens de cor como brancos estrangeiros; b) Por outro lado, em seu aspecto prático, esta pesquisa pode fornecer subsídios para futuros planejamentos da Saúde Pública em âmbito municipal.

Apesar de no passado, os estudos da mortalidade terem tido pequeno desenvolvimento, não apenas no Brasil, mas também no exterior, o crescente interesse pelo problema da dinâmica populacional, permitem que os dados relativos à morbidade e mortalidade sejam cada vez mais valorizados. Um melhor conhecimento do passado nos leva a equacionar em bases realísticas os mais atuais e prementes problemas nesse campo.

(*) — Comunicação apresentada na 4.a sessão de Estudos no dia 7 de julho de 1972 (*Nota da Redação*).

O subdesenvolvimento e suas consequências relativas à morbidade e mortalidade são mais visíveis nos primeiros anos de vida, quando se é mais sensível à sub-nutrição, à falta de recursos e ao desconhecimento dos princípios de higiene. Daí o interesse sobre a criança. Por tais motivos, julgamos que uma pesquisa dessa natureza poderia trazer uma contribuição, não apenas aos especialistas de História, mas também aos de outros setores.

Certos problemas da mortalidade que ora apresentamos fazem parte de um trabalho mais amplo que vem sendo elaborado (1) e aqui pretendemos apenas uma rápida clivagem das mais sugestivas facetas da questão que, acreditamos, não pertencem apenas ao passado de um município paulista.

Utilizamos para este trabalho, dados estatísticos de *atestados de óbito* de 3.740 indivíduos (adultos e crianças), não por amostragem, mas pelo universo total, o que nos permitiu uma visão geral comparativa de grupos raciais com resultados finais diferentes através das proporções (Quadro 1).

Do grupo 0|—10 anos de idade, num total de 1.346 indivíduos encontramos para os 919 pretos, 63,3%; 427 para os brancos estrangeiros, ou 31,7% (Quadro 2).

O presente artigo focaliza a faixa etária de 0|—10 anos, pois podemos considerar como infância o período que vai do nascimento à puberdade, que, em nosso país é por volta dos 10 anos. Também a “idade da razão”, que qualificava para a primeira comunhão, variou no tempo, dos 10 anos aos 7 anos de idade. Em termos de escolaridade, a delimitação da faixa etária de 0|—10, vale quase que somente para o grupo branco estrangeiro, pois o imigrante na região sobretudo por razões religiosas (a leitura da Bíblia, por exemplo), providenciava a vinda de professores capacitados para exercer função de educadores e organizava escolas (2).

(1). — Esta pesquisa teve início em 1970 e prevemos o seu término para 1973. É trabalho de equipe de professores e alunos da Disciplina de História do Departamento de Ciências Sociais da FFLC de Rio Claro. O período em estudo, cerca de meio século, a grande massa de documentos — 14.000 — nos devou à utilização do Computador para seu melhor aproveitamento. Acerca dos pormenores do processo utilizado, consultar a comunicação que apresentamos no *VI Simpósio Nacional de Professores Universitários de História*, em 1971 (Goiânia), e cujo título é “A mão de obra escrava e estrangeira numa região de economia cafeeira: uma experiência em História quantitativa rioclareense: 1875-1930” (*Anais do VI Simpósio da Associação de Professores Universitários de História* (no prelo)).

(2). — Rio Claro conta hoje com o Ginásio Koelle, Antiga Escola Alemã, fundada em 1883 e cuja direção está em mãos da mesma família há três gerações e que atrai descendentes de alemães de várias regiões do Brasil. Ver Scarano (Julia M. L.), “Considerações Preliminares sobre uma Cidade de

Quadro I.

Trabalhadores Pretos e Brancos Estrangeiros.

Idades.

1875 — 1930.

IDADES	PRETOS	BRANCO ESTR.	TOTAL
0 — 1	449	74	523
1 — 5	428	269	697
5 — 10	42	84	126
10 — 15	33	32	65
15 — 20	47	55	102
20 — 30	143	190	333
30 — 40	175	215	390
40 — 50	159	199	358
50 — 60	132	133	265
60 — 70	135	142	277
70 — 80	96	102	198
80 E +	142	38	180
Não há informação	189	37	226
TOTAL	2.179	1.150	3.740

FONTE dos dados brutos: *Atestados de óbito do município de Rio Claro.*

*

QUADRO 2.

Filhos de Trabalhadores Pretos e Brancos Estrangeiros.

IDADES.

1875-1930.

IDADES	PRETO		BRANCO ESTR.		TOTAL	
	nº abs.	%	nº abs.	%	nº abs.	%
0 — 1	449	48,85	74	17,33	523	38,85
1 — 5	428	46,57	269	62,99	697	51,78
5 — 10	42	4,57	84	19,66	126	9,36
Total	919	63,3	427	31,7	1.346	100,00

FONTE dos dados brutos: *IBID.*

Imigração Teuto-Italiana e os Efeitos do Segundo Conflito Mundial", in *Anais do IV Simpósio Nacional dos Professores Universitários de História*, São Paulo, 1969, p. 513.

Embora a Constituição do Império preconizasse a instrução primária gratuita para todos, o país contava apenas com uma limitada rede escolar e seu aproveitamento pelo grupo preto, tanto escravo como livre, era dificultado pela necessidade de lutar pela sobrevivência.

Quanto às doenças ditas infantis, estas atingem geralmente as crianças até 10 anos mais ou menos e eram deficientes os meios de proteção à saúde infantil antes da descoberta das vacinas contra difteria, sarampo, paralisia infantil e da utilização dos antibióticos.

E' bastante alta em Rio Claro a taxa de mortalidade nos dez primeiros anos, cerca de 35,99% do total dos grupos de pretos e imigrantes. Na faixa etária de 0 a 1 ano encontramos diferentes coeficientes de mortalidade entre esses dois grupos; pretos, 48,85% para 17,33% de brancos estrangeiros, com um maior índice entre os primeiros, o que pode ser explicado pelo reduzido número de crianças estrangeiras que vinham em tenra idade. Uma família de imigrantes representava uma força de trabalho e quanto maior fosse o número de filhos em idade de colaborar, maior seu incentivo no afã de "fazer a América", assim como, para o fazendeiro que patrocinava a sua vinda (Quadro 2).

Na segunda faixa etária, 1 a 5 anos, encontramos 46,57% no grupo preto e cerca de 62,99% para os estrangeiros.

Na terceira faixa etária de 5 a 10 anos há uma queda na mortalidade em ambos os grupos, com 4,57% para os pretos e 19,66% para o imigrante.

Na faixa de 1 a 5 anos é que se concentra a mortalidade das crianças estrangeiras, mais da metade do total, ou seja 62,99%. São os primeiros anos de adaptação a um ambiente novo e diferente e uma pesquisa mais aprofundada dessa questão, estabelecendo comparações com outras regiões poderia constituir-se em ponto de partida para um estudo de adaptabilidade a um novo tipo de vida. A susceptibilidade destas crianças se faz sentir sobretudo no elevado índice de doenças infecciosas e parasitárias, mais comuns nos meses de verão. Manifestam, não apenas a sua pouca adaptabilidade pessoal às precárias condições de vida e de higiene, mas também indicam a dificuldade das mães em compreender os problemas de uma região subtropical e em condições diferentes daquelas de onde vieram. Entretanto, não podemos esquecer que é mais elevada a porcentagem de mortalidade de estrangeiros nessa faixa etária, superior proporcionalmente à dos pretos (em piores condições de vida).

A essa desadaptação devem ser somados os problemas trazidos pelo subdesenvolvimento. As doenças infecciosas e parasitárias, que

indicam de modo mais preciso tais condições, causaram a morte de 138 crianças de 1 a 5 anos, sendo 76 do sexo masculino, ou seja, 55,1% e 62 do sexo feminino, ou seja 44,9% no total geral. Portanto, das 269 crianças estrangeiras mortas nas idades de 1 a 5 anos, isto é, 51,34% foram vitimadas por esse tipo de doença (Quadro 3, Gráfico I).

Seria possível organizar uma classificação mais ampla, incluindo os indivíduos da faixa etária de 10 a 15 e 15 a 20 anos, uma vez que nos *atestados de óbito* que utilizamos, o termo menor engloba pessoas até 20 anos. Mas, a pouca expressividade da mortalidade nessa faixa, cerca de 9,2%, bem como certas características da época (casamentos precoces), além dos diferentes critérios para a consideração da maioridade dificultariam a análise, sem a compensação de trazer um maior enriquecimento para o estudo das causas de morte dos descendentes da massa trabalhadora e todas as suas implicações sócio-econômicas.

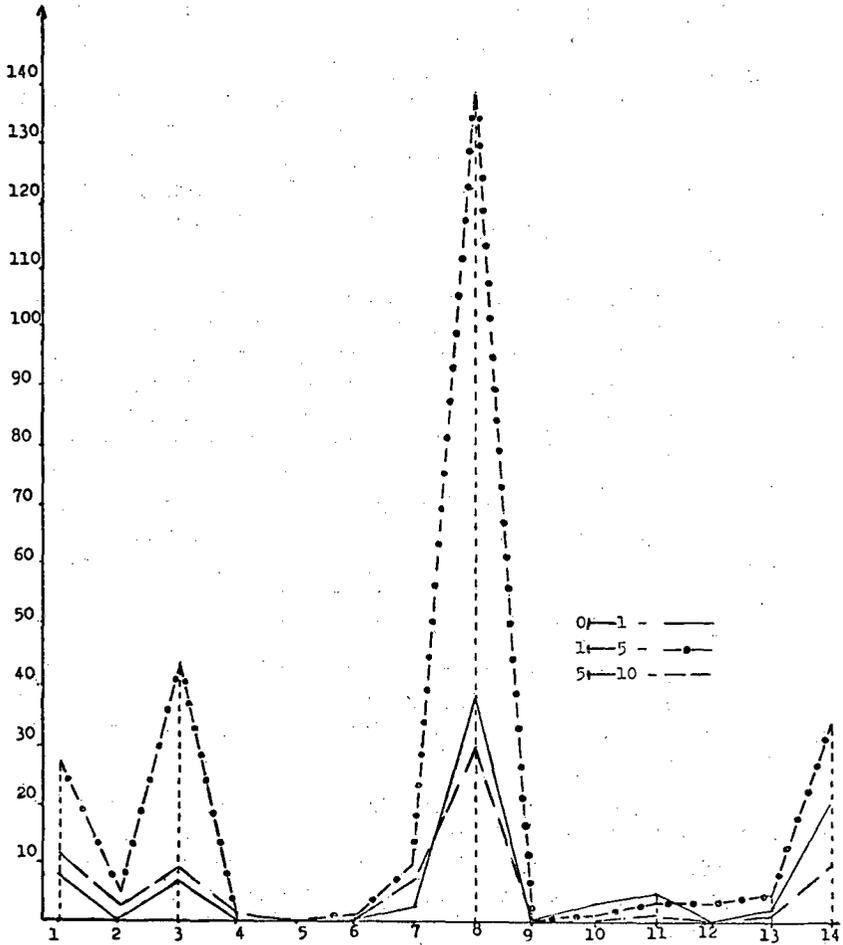
As populações que vimos estudando, o homem de cor e o imigrante estrangeiro, constituem um agregado de pessoas cujas dificuldades de adaptação às condições ambientais, assim como a um trabalho árduo, afetaram, não apenas a eles, como trabalhadores, mas também a seus descendentes. Para os imigrantes, graves problemas se apresentaram nesse sentido, sobretudo com referência às variações climáticas e a falta de resistência a certas doenças. Se os “maus ares”, as pestilências não eram invocados para justificar a mortalidade nesses grupos, o desconforto da longa viagem até as fazendas de café, as privações na espera de construção de suas casas, as mudanças de trabalho, a alteração dos hábitos alimentares, principalmente nos primeiros tempos, afetavam duramente os mais jovens (3).

Quanto aos pretos, escravos e livres — não se apresentava tão agudo o problema de adaptação ao meio ambiente, embora grande número de trabalhadores de cor — africanos e crioulos — viessem de outras regiões, em especial do Norte do país.

A necessidade de suprir a carência de mão-de-obra e conseqüente exigências de alta produtividade, afetava, em última análise, também as crianças. Os maus hábitos alimentares que transcendem ao critério da cor, pois, são nacionais, o desinteresse ou melhor o abandono dos pretos, tanto mais velhos como mais jovens, sobretudo após a Abolição, a manutenção de esteriótipos acerca da preguiça e da má

(3). — Thomaz Davatz, *Memórias de Um Colono no Brasil*. São Paulo. Livraria Martins, 1941.

GRAFICO I - Crianças brancas estrangeiras: causa-mortis.



FONTE de dados brutos: Atestados de Óbito do Município de Rio Claro:1875-1930.

qualidade do trabalho desses grupos em relação ao trabalhador branco (especialmente europeu) refletiam-se em termos de salários inferiores, com todas as suas consequências. As precárias condições de vida do trabalhador negro vão afetar diretamente as crianças, determinando a alta taxa de mortalidade (Quadro 5, Gráfico III).

QUADRO 3.
Crianças Brancas Estrangeiras.

Causa mortis	Idades			Total
	Idades (0 — 10).			
	0 — 1	1 — 5	5 — 10	
1. N. H. I.	11	27	8	46
2. N. S. A.	2	5	0	7
3. Mal definidas	9	43	7	59
4. D. Peculiares				
1ª infância	1	1	0	2
5. C. Maternas	0	0	0	0
6. Tumores ou Neoplasias	0	1	0	0
7. D. Aparelho Respiratório	7	10	3	20
8. D. Infeciosas e Parasitárias	29	138	37	204
9. Varíola	0	0	0	0
10. Tifo	0	1	3	4
11. Febre Amarela	1	3	4	8
12. Aparelho Circulatório	0	3	0	4
13. Acidentes	1	4	2	7
14. Outras	13	33	20	66
TOTAL	74	269	84	427

FONTE de dados brutos — *Ibid.*

QUADRO 5
Crianças Pretas.
Condição Social.
Idades (0 — 10).

Condição Social	Nº	%
1. Não há informação	2	0,21
2. Preto Liberto africano	1	0,10
3. Preto Escravo crioulo	2	0,21
4. Preto Liberto	1	0,10

5. Preto Escravo	2	0,21
6. Preto Menor	68	7,39
7. Preto Ingênuo, filho de Liberto	339	36,88
8. Ingênuo, filho de Escravo	504	54,84
TOTAL	919	99,90

FONTE de dados brutos — *Ibid.*

Comparando os grupos de crianças pretas e brancas estrangeiras verifica-se a mais elevada mortalidade entre as de cor, na faixa etária de 0 a 5 anos. A morte no primeiro ano de vida nos demonstra as difíceis condições em que se encontravam. O trabalho pesado da mulher grávida, o semi-abandono de seus filhos após o parto, a má nutrição da mãe e da criança e a pouca higiene, dizimaram os menos resistentes. Vencidos os primeiros 5 anos, baixava o índice de mortalidade. As famílias desfeitas, o abandono de crianças assim como o aproveitamento daqueles com mais de cinco anos para auxiliar no sustento da família formam o quadro desse subdesenvolvimento (Quadro 4, Gráfico II).

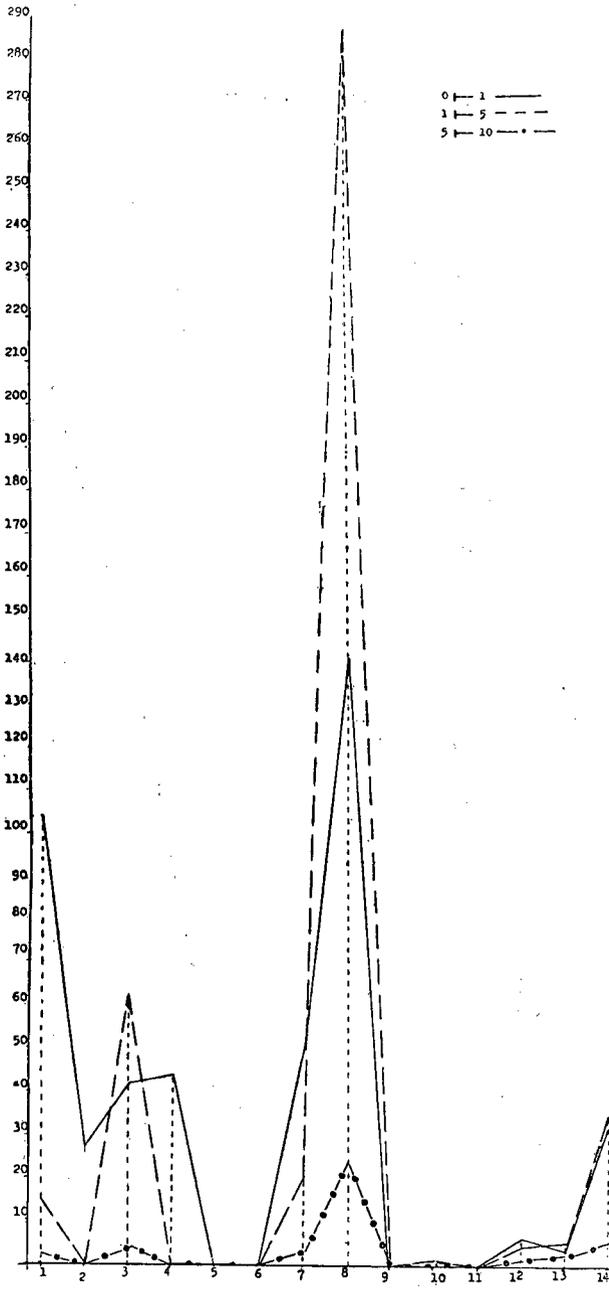
Quanto à mortalidade do branco estrangeiro, na faixa etária de 0 a 1 ano, os óbitos de 74 crianças ou 17,33% do total, não constituem um coeficiente muito elevado. Isso se explica pelo pequeno número de bebês de tenra idade, pois os que aqui nasceram eram brasileiros e foram classificados como filhos de estrangeiros (4). A mortalidade das crianças da faixa etária de 1 a 5 anos, abrangendo 269 óbitos, ou 62,99% é explicável por serem as idades mais sensíveis às mudanças ambientais e às deficiências alimentares, fatores esses que atingiram o estrangeiro em geral. A adaptação maior ao meio parece ter sido na faixa etária de 5 a 10 anos, onde o coeficiente de mortalidade é menor, cerca de 19,66% (Quadro 3, Gráfico I).

As causas exógenas, certamente agiram de forma negativa junto à população infantil, diminuindo suas possibilidades de sobrevivência. Até que ponto causas endógenas determinaram a mortalidade entre grupos branco estrangeiro e preto, pouco sabemos atualmente. Embora existam alguns estudos sobre morbidade e mortalidade da raça negra, adiantar maiores informações seria prematuro.

Não podemos esquecer que durante a infância, as crianças em certas épocas são mais sujeitas a determinadas enfermidades. Nesse caso, seria mais uma fraqueza de tipo endógeno. Porém, com o pro-

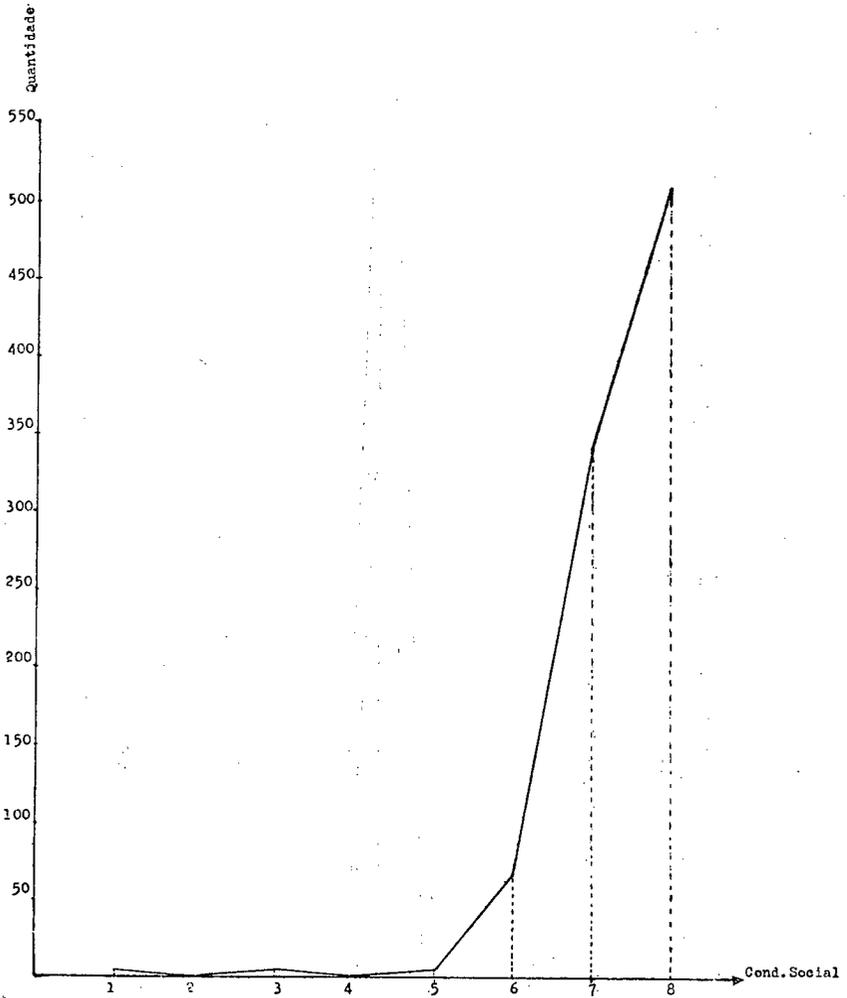
(4). — Esse grupo não foi incluído nesta pesquisa.

GRÁFICO II - Censos-mortis de crianças pretas.



FOURTE de dados brutos: Ibid.

GRAFICO III - A CONDIÇÃO SOCIAL DO PRETO SEGUNDO A IDADE



gresso da Medicina, tem diminuído a mortalidade por essas causas. Separar as causas endógenas das exógenas é muito difícil pela imprecisão de seus limites.

QUADRO 4

Crianças Pretas.
Causa Mortis.
Idades (0 — 10).

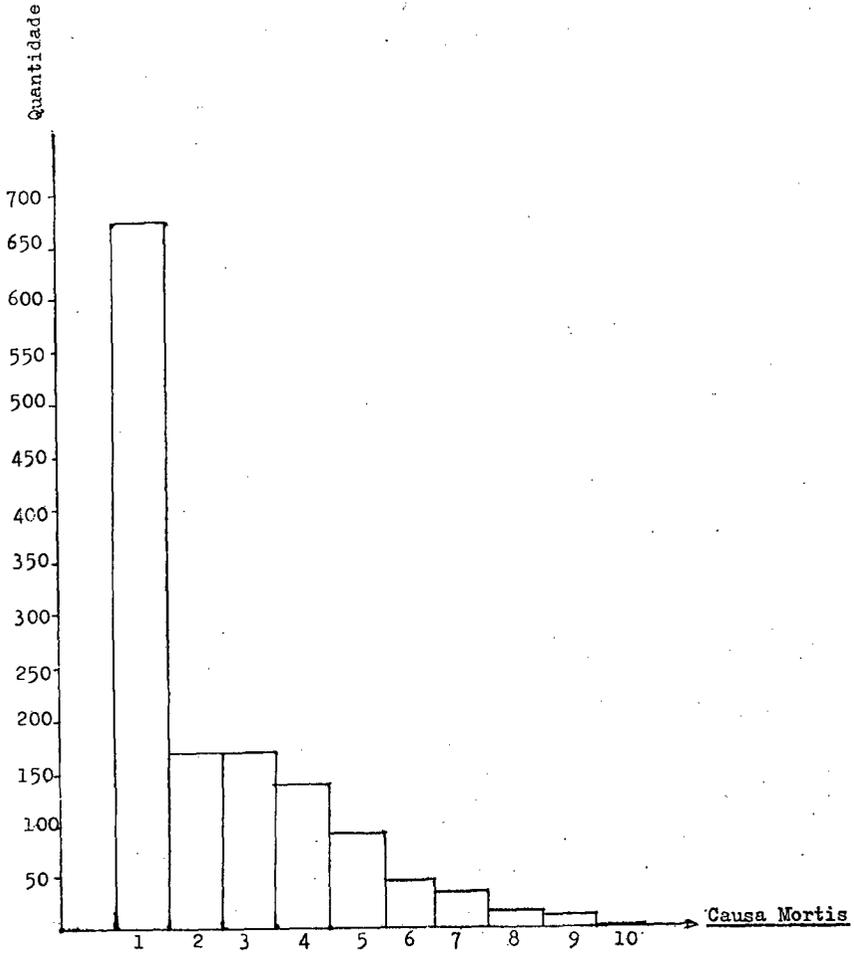
Causa mortis	Idades			Total
	0 — 1	1 — 5	5 — 10	
1. N. H. I.	104	15	3	124
2. N. S. A.	28	0	0	28
3. Mal definidas	42	63	4	109
4. D. Peculiares				
1ª Infância	45	0	0	45
5. C. Maternas	0	0	0	0
6. Tumores ou Neoplasias	0	0	0	0
7. D. Aparelho Respiratório	49	20	3	72
8. D. Infecciosas e Parasitárias	140	285	24	449
9. Varíola	0	0	0	0
10. Tifo	0	1	0	1
11. Febre Amarela	0	0	0	0
12. D. Aparelho Circulatório	6	4	1	11
13. Acidentes	3	5	2	10
14. Outras	32	35	5	72
TOTAL	449	428	42	919

FONTE de dados brutos — *Ibid.*

Observando-se o índice de mortalidade segundo as estações do ano, verificamos serem marcantes as diferenças entre a taxa de mortalidade das crianças estrangeiras no Brasil e na Europa. Assim, se no inverno é que ocorriam o maior número de falecimentos na Europa, aqui no Brasil o índice mais alto verificava-se no verão, atingindo de forma mais ampla todos os estrangeiros, sobretudo, nos meses de janeiro e fevereiro. Quanto aos pretos o coeficiente mais alto era nos meses de novembro e dezembro. Outro período crítico tinha lugar no inverno, sendo o mês de junho para os pretos e os meses de julho e agosto para os estrangeiros.

Quanto aos tipos de doenças da faixa etária de 0 a 10 anos que determinaram maior mortalidade desses grupos, são as mesmas que

GRAFICO IV - CAUSA MORTIS DE CRIANÇAS PRETAS E BRANCAS ESTRANGEIRAS



ainda continuam mantendo elevado o número de óbitos (5). São ainda determinadas pelo subdesenvolvimento e predominam entre as classes mais desfavorecidas.

Pelo tipo específico do documento que serviu de base para esta pesquisa — os *atestados de óbito* — a primeira dificuldade foi a da classificação das doenças. A diversidade de informações quanto à *causa mortis* vem do fato de serem os atestados fornecidos não apenas por pessoas qualificadas, médicos, mas também por leigos como delegados, enfermeiros, etc. O uso de termos pouco precisos, alguns em desuso, outros errados, além de um grande número de “falta de informação” quanto à causa da morte dificultaram também a classificação (5).

Porém, nesses cinquenta anos melhorou a qualidade das informações sobre a *causa mortis*, trazida pelo desenvolvimento da Medicina e do setor de Saúde Pública.

Em vista das dificuldades foram agrupadas em treze categorias assim discriminadas:

1. — *Não há informação*, quando se trata de “morte natural” ou “causas desconhecidas”, por exemplo.
2. — *Não se aplica*, especificamente para os nati-mortos.
3. — *Mal definidas*, em casos como: “eclampsia” em crianças até 5 anos, “mal de fogo”, “recaída de febre”, etc.
4. — *Doenças peculiares à primeira infância*, “inflamação do umbigo”, “asfixia” (até uma semana de vida), “nascimento e morte”, etc.
5. — *Causas maternas*, aborto, febre puerperal, febre de leite, etc.
6. — *Tumores e neoplasias*, câncer, sarcoma, caquexia maligna, etc.
7. — *Doenças do aparelho respiratório*.
8. — *Doenças infecciosas e parasitárias*, como varíola, tifo, febre amarela, desintéria, difteria, encefalite, sarampo, cólera, coqueluche, impaludismo, sífilis, tuberculose, verminose, gripes ou influenza, lombrigas, etc.

(5). — Para a classificação das doenças, seguimos o *Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito* (OMS), vols. I e II (Washington: OMS, 1969), Revisão de 1965, e a orientação do Doutor Ruy Laurenti, do Departamento de Estatística Aplicada, da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, pesquisador responsável na área de São Paulo, no Projeto de Investigação da Mortalidade Infantil, patrocinado pela OMS.

9. — *Doenças do sistema circulatório*, incluindo lesões cerebrais, cardiopatias e lesões vasculares.
10. — *Acidentes em geral*.
11. — *Outras*, como por exemplo, uremia, inflamação do intestino, retenção das "ourinas", tétano, etc.

Dentre as doenças que causaram maior número de mortes de crianças dos dois grupos estão classificadas em primeiro lugar, as *Doenças Infecciosas e Parasitárias* com 666 óbitos ou 49,08%. As denominadas como *Outras* seguem-se com 138 óbitos ou 10,26%. As *Doenças do Aparelho Respiratório*, com 92 óbitos ou 6,90% completam o grupo das doenças classificadas como responsáveis pelo maior número de falecimentos.

Seguem-se imediatamente após, as *Doenças Peculiares à Primeira Infância* com 47 óbitos ou 3,49% e as do grupo *Não Se Aplica* com 34 óbitos ou 2,67%. Os *Acidentes em Geral* apresentam 17 óbitos ou 1,26% e as *Doenças do Aparelho Circulatório* 14 óbitos ou 1,04%. São essas enfermidades as que, entre as crianças, oferecem índice de mortalidade menos expressivo.

A ausência de dados, classificada como *Não Há Informação*, com 188 óbitos ou 12,49% equivalem em número com aquelas classificadas como *Mal Definidas* e nos dão prova da deficiência do sistema assistencial nesse período, em uma região de economia em desenvolvimento (Quadro 6, Gráfico IV). Existem ainda outros elementos não mensuráveis, como por exemplo, o generalizado hábito de não comunicar a morte dos "anjinhos", por razões diversas.

QUADRO 6.

Crianças Pretas e Brancas Estrangeiras.

Causa Mortis.

Idades (0 — 10).

Condição Social	Nº	%
1. D. Infecciosas e Parasitárias	666	49,08
2. Mal Definidas	168	12,49
3. N. H. I.	168	12,49
4. Outras	138	10,26
5. D. Aparelho Respiratório	92	6,90
6. D. Peculiares da 1ª Infância	47	3,49
7. N. S. A.	35	2,67
8. Acidentes	17	1,26

9. D. Aparelho Circulatório	14	1,04
10. Tumores ou Neoplasias	1	0,07
TOTAL	1.346	99,75

FONTE de dados brutos — *Ibid.*

Este rápido corte perpendicular em assunto de extremo interesse possibilita o esclarecimento de algumas das questões referentes a vida do trabalhador, que ainda não perderam a atualidade.

Seria de grande importância comparar essas primeiras conclusões com as de outros municípios. Porém, não temos ainda notícias de estudos semelhantes já concluídos, a não ser para a Capital. Dessa forma seria possível a elaboração de um estudo populacional em âmbito regional, do Estado de São Paulo, desde suas origens a atualidade.