Crisis sanitaria, política y socioeconómica en América Latina y el Caribe: contribución de los estudios de población

Valparaíso (Chile), entre el 06 y el 09 de diciembre de 2022

# Mortalidade por causas e classificações históricas de doenças: limitações e alternativas para o passado brasileiro

Matheus Alves Albino

**Resumo**

Esta comunicação procura discutir as propostas metodológicas desenvolvidas para a análise da mortalidade e da morbidade por causas nas populações do passado, em especial para o Brasil do final do século XIX e início do século XX. Para tal, buscamos expor os principais procedimentos utilizados para tratar e analisar informações de expressões diagnósticas, desenvolver critérios de normalização e avaliação das informações de causas de mortalidade e morbidade, bem como propor uma avaliação das classificações mais utilizadas pelos historiadores e estudiosos de população, bem como propor adaptações para contemplar as particularidades do passado brasileiro. Particularmente, discutimos os procedimentos metodológicos propostos por Bernabeu-Mestre et al. (2003) e apresentamos uma alternativa de agregação das doenças e causas de morte com a utilização da Terceira Nomenclatura da Primeira Classificação de Causas de Morte e dicionários de medicina popular produzidos ao longo do século XIX. A partir dos dados de Karasch (2000) para a Santa Casa do Rio de Janeiro, comparamos os diversos métodos de classificação de doenças e causas de morte, e aplicamos a metodologia proposta aos dados históricos da população de São Paulo na primeira metade do século XX.

**Palavras-chave**: Mortalidade; Demografia Histórica; Classificações de Doenças



https://proceedings.science/p/153985?lang=es

# Introdução

O conceito de transição sanitária é dependente da observação do processo de mudança de um perfil epidemiológico de predominância das doenças infecciosas sobre as não infecciosas e consequente alteração desse equilíbrio relativo entre as diferentes causas de mortalidade e morbidade (FRENK et al., 1991). Dessa maneira, a avaliação do processo requer fundamentalmente duas condições. Primeiro, a existência de um diagnóstico e de um registro das doenças e *causa mortis* experimentadas pela população. Segundo, a existência de uma nomenclatura de fenômenos relativamente uniforme que permita a agregação em algum nível das diversas expressões diagnósticas individuais.

Esta comunicação discute as propostas metodológicas desenvolvidas para a análise da mortalidade e da morbidade por causas nas populações do passado, em especial para o Brasil do final do século XIX e início do século XX. Afinal, é possível construir sistemas de classificação de doenças e causas de morte orientadas em perspectiva histórica que tornem as diversas análises comparáveis dentro do arcabouço teórico-conceitual da transição sanitária? Como lidar com a natureza dinâmica das doenças no tempo, as mudanças na construção dos registros (como a transição do registro paroquial para o civil), e a própria mudança nas definições de doenças e no objetivo das informações dos óbitos? Longe de oferecer resposta definitiva, o propósito dessas notas metodológicas é apresentar limitações e alternativas.

O interesse no histórico das classificações de doença e na formulação de critérios de normalização e criação de categorias de análise da mortalidade por causas surgiu a partir do contato com livros de pacientes da Santa Casa de Misericórdia e registros de óbitos, com objetivo de revelar diferenciais nos perfis de mortalidade da população escravizada e livre em Campinas no final do século XIX (ALBINO, 2019). Nesse momento, classificamos um rol de 6.200 expressões diagnósticas que incluíam causas de morte incertas, sintomas, sinais, registros ilegíveis e variações de nomenclaturas referentes a uma mesma entidade mórbida (ALBINO, 2020). Ainda com o auxílio de dicionários de medicina de época, algumas questões emergem: o que pode ser dito nos casos em que se morre *de repente*, de *cansaço*, *febre reinante*, *velhice* ou *marasmo*?

Recuperamos o histórico das principais classificações de doenças e procedimentos utilizados por historiadores, epidemiologistas, demógrafos e estudiosos de população para produção de estimativas de mortalidade e morbidade por causas em período anterior à Classificação Internacional de Doenças (CID). Particularmente, discutimos os procedimentos metodológicos propostos por Bernabeu-Mestre et al. (2003) e apresentamos uma alternativa de agregação das doenças e causas de morte com a utilização da Terceira Nomenclatura da Primeira Classificação de Causas de Morte e dicionários de medicina popular produzidos ao longo do século XIX. A partir dos dados de Karasch (2000) para a Santa Casa do Rio de Janeiro, comparamos os diversos métodos de



https://proceedings.science/p/153985?lang=es

classificação de doenças e causas de morte. A partir disso, aplicamos esta formulação para revelar o início da transição epidemiológica no Estado de São Paulo na primeira metade do século XX.

Fontes de registro da mortalidade e da morbidade variados demandam estratégias que compreendam a natureza da fonte. A exemplo, registros hospitalares do século XIX trazem particularidades em comparação aos registros de óbito, tanto paroquiais quanto civis. A primeira destas diferenças é o fato de apresentarem múltiplas expressões diagnósticas, o que não ocorre com frequência nos óbitos. Portanto, faz-se necessário um passo adicional que identifique a causa de morte fundamentalmente relevante para a análise diante de outras expressões circunstanciais. Outro atributo particular desses registros, devido a inclusão de casos não fatais, é a necessidade de critérios que possam harmonizar desde casos individuais que descrevam apenas sintomas até várias doenças sem qualquer cadeia lógica aparente entre elas, o que exige conhecimento de áreas afins à história da saúde e epidemiologia para auxiliar na elaboração destes procedimentos metodológicos.

## As classificações de doenças e causas de morte

Atribui-se a John Graunt (1620–1674) e seu estudo sobre a mortalidade por causas a partir das *Bills of Mortality* o trabalho pioneiro reconhecido pela *nosografia* – descrição metódica das doenças a partir de uma nomenclatura, atribuindo um nome a cada entidade mórbida (LAURENTI, 1991, p. 410). Em diversas propostas desde o século XVII, uma nomenclatura uniforme das doenças, como afirmava o médico William Farr (1807 – 1883) se fazia tão importante para as estatísticas vitais quanto os pesos e medidas eram para a física. Dessa forma, tabelas de classificação das doenças passaram a ser discutidas no final do novecentos como uma ferramenta necessária para ajudar a transcender o diagnóstico subjetivo, local e idiossincrático na prática clínica (ROSENBERG, 2002, p. 245).

Alguns autores apontam a crescente importância dos hospitais gerais e a emergência da teoria microbiana das doenças como os fatores principais para uma relativa padronização de categorias de doenças a partir dos anos finais do século XIX (FOUCAULT, 2004; ROSENBERG, 2002; LE GOFF, 1985). Sem uma concordância no vocabulário das doenças, não poderia haver contribuição para a coleta de conhecimento clínico e epidemiológico sobre cada entidade mórbida. Em outras palavras, passa a ser necessário o estabelecimento de critérios e convenções que sirvam a propósitos estatísticos e de comparabilidade entre vários tipos de dados em mortalidade. Esse trabalho, denominado *nosologia*, busca a sistematização de diversos grupos de doenças e causas de morte em poucas categorias de análise.



https://proceedings.science/p/153985?lang=es

A organização das doenças em categorias não é apenas um dilema metodológico a ser enfrentado nesta pesquisa, como também faz parte da história como componente de um processo de crescente importância do diagnóstico na evolução da prática e do saber médico no século XX. Classificar as causas de morte passa a ser um imperativo burocrático não somente na administração dos hospitais, mas também em diversos contextos como nos debates de saúde pública e debates políticos (ROSENBERG, 2002). Não por acidente, em 1893, o Instituto Internacional de Estatística estabeleceu a primeira classificação internacional de causas de morte. Anos antes, o próprio Dr. Farr apresentara no I Congresso Internacional de Estatística (1853), sua proposta de classificação de causas de morte em cinco grupos principais: 1) Doenças epidêmicas, endêmicas e contagiosas; 2) Doenças constitucionais; 3) Doenças localizadas; 4) Doenças do Desenvolvimento e; 5) Mortes violentas.

Uma das inovações trazidas pela *Classificação de Causas de Morte de Jacques Bertillon*, composta por 14 grupos de causas de morte denominados capítulos, como são chamados até a atualidade, foi o grupo de *Doenças Mal Definidas*, que ainda permanece na 11ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11), elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em vigor a partir de 2022.

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

Da primeira revisão em 1900 até a quinta revisão, o governo francês tinha a responsabilidade de convocar as Conferências Internacionais de Revisão à Classificação de Bertillon. A partir da Sexta Revisão da Classificação Internacional de Doenças de 1948, a responsabilidade pelos trabalhos passa a ser da Organização Mundial de Saúde. Na CID-6, foi aprovada uma classificação que incluía a morbidade e estabelecia critérios objetivos para a seleção da *causa básica de morte*, isto é, da causa principal que desencadeou o processo mórbido que levou ao óbito (LAURENTI, 1991, p. 412).

Para períodos anteriores à CID, diversos autores em especial no campo da Demografia Histórica e História da População produziram soluções metodológicas que contemplem as particularidades da concepção de doenças nas populações pretéritas. Uma das metodologias mais utilizadas para a mortalidade no passado brasileiro, em especial no século XIX é o sistema de classificação proposto por Mary Karasch (2000), que inclui 13 categorias principais e apresenta



https://proceedings.science/p/153985?lang=es

inúmeras semelhanças com a Classificação de Bertillon.

A autora utiliza em sua pesquisa os registros de óbito e internação da Santa Casa do Rio de Janeiro e, para isso, apresentou a necessidade de um sistema que incluísse não somente as causas de morte, como na proposta de Bertillon, mas também as doenças e causas de internação. Baseando-se nesses mesmos procedimentos metodológicos, Oliveira (2018) adotou uma modificação do sistema de Karasch para o estudo da morbimortalidade em Porto Alegre durante o último quarto do século XIX. Barreto e Pimenta (2013), ao estudarem a saúde dos escravos na Bahia oitocentista com os dados da Santa Casa de Misericórdia, também adotaram o mesmo sistema, preservando uma razoável comparabilidade entre alguns estudos de morbidade e mortalidade no passado utilizando como fontes a documentação das Santas Casas.

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

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

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

Tanto Bernabeu Mestre et al. (2003) quanto os trabalhos que desenvolveram sua proposta metodológica adotaram um sistema classificatório de 4 níveis de desagregação. Originalmente,



https://proceedings.science/p/153985?lang=es

doenças como as enterites, cólera, varíola e sarampo ganharam uma atenção especial dentro desse quadro geral da mortalidade a partir dessa classificação. Saínz-Otero, Marín-Paz e Almenara-Barrios (2020) avança em alguns pontos para propor, por exemplo, a inclusão de um grupo de doenças da gravidez, do parto e puerpério no capítulo de doenças infecciosas, dada a grande importância da mortalidade infantil na análise de mortalidade por causas em perspectiva histórica. Em trabalho anterior, com registros hospitalares, também desagregamos em grupos o capítulo de Doenças Mal Definidas, para compreender as diversas fontes de ausência informacional a que estão sujeitas as estatísticas de morbidade do passado (ALBINO, 2020).



https://proceedings.science/p/153985?lang=es

Tabela 1: Classificação Histórica de Doenças e Causas de Morte *(continua)*

1. Doenças Infecciosas
    - 1.1 Infecciosas transmitidas por água e alimentos
        - 1.1.1 Febre tifoide e paratifoides
        - 1.1.2 Diarreia, enterites e gastroenterites
        - 1.1.3 Cólera
        - 1.1.4 Disenteria
    - 1.2 Infecciosas de transmissão respiratória
        - 1.2.1 Próprias da infância
            - 1.2.1.1 Varíola
            - 1.2.1.2 Sarampo
            - 1.2.1.3 Escarlatina
            - 1.2.1.4 Difteria e crupe
            - 1.2.3.5 Coqueluche
        - 1.2.2 Vias respiratórias
            - 1.2.2.1 Tuberculose (Todos os tipos)
            - 1.2.2.2 Meningites e infecções meningocócicas (Todos os tipos)
            - 1.2.2.3 Hanseníase
            - 1.2.2.4 Gripe
    - 1.3 Infecciosas transmitidas por vetores
        - 1.3.1 Malária
        - 1.3.2 Leishmaniose
        - 1.3.3 Tifo
        - 1.3.4 Tripanossomíase (Doença de Chagas)
        - 1.3.5 Raiva
        - 1.3.6 Peste
        - 1.3.7 Febre amarela
        - 1.3.8 Ancilostomíase
        - 1.3.9 Esquistossomose
    - 1.4 Outras infecciosas
        - 1.4.1 Pele, tecido celular subcutâneo e sistema locomotor
            - 1.4.1.1 Erisipela
        - 1.4.2 Sistema nervoso
            - 1.4.1.1 Septicemia
            - 1.4.1.2 Poliomielite
        - 1.4.3 Órgãos dos sentidos
        - 1.4.4 Sistema circulatório
        - 1.4.5 Boca e anexos
        - 1.4.6 Sistema geniturinário
        - 1.4.7 Dentição
        - 1.4.8 Sistema respiratório
        - 1.4.9 Sistema digestivo
        - 1.4.10 Gravidez, parto e puerpério

**Fonte:** Adaptada de Bernabeu Mestre et al. (2003) a partir das extensões propostas por Saínz-Otero, Marín-Paz e Almenara-Barrios (2020).



https://proceedings.science/p/153985?lang=es

Tabela 1: Classificação Histórica de Doenças e Causas de Morte *(continuação)*

2. Doenças Não Infecciosas
    - 2.1 Carenciais
        - 2.1.1 Raquitismo
        - 2.1.2 Marasmo
    - 2.2 Metabólicas
    - 2.3 Endócrinas e intoxicações
    - 2.4 Processos cerebrovasculares
        - 2.4.1 Congestões e hemorragias cerebrais
    - 2.5 Sistema nervoso e órgãos dos sentidos
    - 2.6 Sistema circulatório
    - 2.7 Sistema respiratório
    - 2.8 Sistema digestivo
        - 2.8.1 Estômago
        - 2.8.2 Intestino
        - 2.8.3 Fígado, vias biliares e pâncreas
    - 2.9 Sistema geniturinário
    - 2.10 Pele, tecido celular subcutâneo e sistema locomotor
    - 2.11 Doenças perinatais
    - 2.12 Anomalias do desenvolvimento / Vícios de conformação
    - 2.13 Câncer e tumores
    - 2.14 Causas externas de mortalidade
3. Doenças mal definidas e desconhecidas
    - 3.1 Mortes súbitas de causa desconhecida
    - 3.2 Morte sem assistência
    - 3.3 Outras causas mal definidas e não especificadas

**Fonte:** Adaptada de Bernabeu Mestre et al. (2003) a partir das extensões propostas por Saínz-Otero, Marín-Paz e Almenara-Barrios (2020).

# Aplicações para o Brasil dos séculos XIX e XX

Em uma primeira análise dos dados de mortalidade de escravizados da Santa Casa de Misericórdia, nota-se que de fato as doenças classificadas como infecto-parasíticas grassavam na população do Rio de Janeiro. Entre essas, a tuberculose foi a principal causa de morte dos escravizados, ao contrário de doenças como a malária que levavam a menor hospitalização e morte (KARASCH, 2000, p. 209).

Aliás, os escravizados morriam em maior número de moléstias cuja incidência diminuía à medida que os padrões de vida melhoravam, como no caso da tuberculose, da pneumonia e das doenças do sistema digestivo. Além disso, a autora destaca que, muito embora sejam impossíveis



https://proceedings.science/p/153985?lang=es

as generalizações, a categoria de *doenças variadas, mal definidas e causas desconhecidas de morte* sugerem uma relativa melhora na qualidade da informação dos óbitos por causas ao longo do tempo.

Na Tabela 1, apresentamos os resultados como agregados originalmente por Karasch (2000). A partir dessa forma de agregação das doenças, não é possível observar um relativo aumento da tuberculose em conjunto com as demais doenças respiratórias, nem a expressiva influência das doenças do aparelho digestivo como a diarreia e a gastroenterite. Também a influência marginal das "febres", que na agregação da autora fazem parte das doenças mal definidas, mas que muito provavelmente no século XIX estavam ligadas a sintomas característicos de doenças infecciosas.

Tabela 2: Causas de morte de escravizados na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro a partir da Classificação de Mary Karasch (CMK), 1833–1849.

| | 1833* | | 1838* | | 1847** | | 1849* | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Doenças infecto-parasíticas** | 173 | 18.1 | 231 | 22.1 | 778 | 40.8 | 323 | 27.9 |
| Sistema Digestivo | 93 | 9.7 | 171 | 16.3 | 395 | 20.7 | 224 | 19.3 |
| Sistema Respiratório | 64 | 6.7 | 84 | 8.0 | 162 | 8.5 | 87 | 7.5 |
| Sistema Nervoso e Sintomas Neuro-psiquiátricos | 28 | 2.9 | 31 | 3.0 | 187 | 9.8 | 84 | 7.2 |
| Primeira Infância e Malformações Congênitas | 47 | 4.9 | 44 | 4.2 | 77 | 4.0 | 50 | 4.3 |
| Morte violenta e acidental | 18 | 1.9 | 22 | 2.1 | 39 | 2.0 | 23 | 2.0 |
| Sistema Circulatório | 5 | 0.5 | 9 | 0.9 | 46 | 2.4 | 25 | 2.2 |
| Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina | 11 | 1.1 | 10 | 1.0 | 8 | 0.4 | 13 | 1.1 |
| Gravidez, parto e puerpério | 6 | 0.6 | 11 | 1.1 | 11 | 0.6 | 8 | 0.7 |
| Sistema Genitourinário | 1 | 0.1 | 3 | 0.3 | 11 | 0.6 | 2 | 0.2 |
| Causas conhecidas | 8 | 0.8 | 6 | 0.6 | 26 | 1.4 | 10 | 0.9 |
| **Causas de morte mal definidas** | 94 | 9.8 | 79 | 7.6 | 139 | 7.3 | 93 | 8.0 |
| Causas desconhecidas | 409 | 42.7 | 345 | 33.0 | 29 | 1.5 | 217 | 18.7 |
| (=) TOTAL | 957 | 100.0 | 1046 | 100.0 | 1908 | 100.0 | 1159 | 100.0 |

**Fonte:** Dados extraídos de Karasch (2000). ** Doenças; * Óbitos

A Tabela 2 apresenta os dados sistematizados por Karasch (2000) e reagrupados segundo a proposta de Bernabeu Mestre et al. (2003). A partir desse exercício de reclassificação com o uso de dicionários de época como o Dicionário de Medicina Popular de Chernoviz (1890), observamos uma redução da participação das doenças consideradas mal definidas e desconhecidas em comparação com a proposta original.

Além disso, observa-se que a representação no perfil de mortalidade e de morbidade da classe de Doenças Infecciosas na Classificação McKeown Modificada é substancialmente maior quando comparada com a categoria de Doenças Infecto-parasíticas da Classificação adotada por Karasch. Dessa forma, também é mais evidente a influência da tuberculose na mortalidade de escravizados na corte do Rio de Janeiro, e a predominância de um perfil de mortalidade fortemente associado às condições de vida da cidade. Essa grande influência da tuberculose, da mortalidade infantil por diarreia, é relatada em diversos outros trabalhos sobre a demografia da escravidão que podem ser trazidos para exercício de comparação, guardadas as diferenças temporais e regionais. Destaca-se, nesse sentido, o trabalho de Scott (2020) para Porto Alegre, e o trabalho de Albino (2020)



https://proceedings.science/p/153985?lang=es

para a Santa Casa de Misericórdia de Campinas.

Tabela 3: Causas de morte de escravizados na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro a partir da Classificação McKeown Modificada (CMM), 1833–1849.

| | 1833* | 1838* | 1847** | 1849* |
|---|---|---|---|---|
| Infecciosas Transmitidas por Água e Alimentos | 7.4 | 12.8 | 15.2 | 18.7 |
| Infecciosas Transmitidas por via Respiratória | 13.4 | 17.4 | 35.5 | 22.0 |
| Infecciosas Transmitidas por Vetores | 3.0 | 4.6 | 4.7 | 3.7 |
| Outras Infecciosas | 10.9 | 8.9 | 18.2 | 10.1 |
| (=) **Total de Doenças Infecciosas** | 34.7 | 43.7 | 73.6 | 54.5 |
| Doenças carenciais | 1.0 | 0.7 | 0.1 | 0.8 |
| Doenças metabólicas | 0.1 | 0.1 | 0.3 | 0.0 |
| Doenças endócrinas e intoxicações | 0.0 | 0.1 | 0.0 | 0.1 |
| Doenças cerebrovasculares | 1.6 | 2.2 | 6.1 | 5.6 |
| Doenças do Sistema Nervoso | 1.0 | 1.5 | 3.1 | 1.0 |
| Doenças do Sistema Circulatório | 4.5 | 4.2 | 5.4 | 5.3 |
| Doenças do Sistema Respiratório | 3.2 | 3.3 | 2.2 | 2.7 |
| Doenças do Sistema Digestivo | 3.9 | 4.1 | 1.2 | 3.5 |
| Doenças do Sistema Geniturinário | 0.2 | 0.4 | 0.3 | 0.1 |
| Doenças da pele, tecido subcutâneo e sistema locomotor | 0.1 | 0.3 | 0.3 | 0.3 |
| Patologia Perinatal | 0.7 | 0.9 | 1.1 | 1.0 |
| Vícios de Conformação | 0.1 | 0.4 | 1.0 | 0.2 |
| Câncer e tumores | 0.1 | 0.2 | 0.2 | 0.4 |
| Causas externas de mortalidade | 2.5 | 2.5 | 3.6 | 2.4 |
| Mortes por Causas Desconhecidas | 44.6 | 34.7 | 1.5 | 20.6 |
| Mortes por Causas Mal Definidas | 1.6 | 0.9 | 0.0 | 1.4 |
| (=) **Total de Doenças Não Infecciosas** | 19.1 | 20.7 | 24.9 | 23.5 |
| (=) **Total de Doenças Mal Definidas e Desconhecidas** | 46.2 | 35.6 | 1.5 | 22.0 |
| (=) TOTAL GERAL | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

**Fonte:** Dados extraídos de Karasch (2000). ** Doenças; * Óbitos

A análise da dinâmica da morbimortalidade no Brasil do século XX também requer especial cautela. Por um lado, fontes de mortalidade (especialmente o início do Registro Civil, implementado formalmente em 1889) que avançam para a primeira metade do século XX ainda são pouco exploradas nos trabalhos do campo da Demografia Histórica, enquanto os trabalhos da Demografia contemporânea brasileira privilegiam o período posterior a 1970, para o qual as informações são mais plausíveis, sofrem menos do problema de cobertura e apresentam Censos decenais.

Para empreender uma análise da mortalidade que compreenda o período do final do século XIX e primeira metade do século XX, estudiosos da epidemiologia e saúde pública como Laurenti (1991) destacam que é necessária a compatibilização das diferentes revisões, tendo em vista que doenças que figuravam como infecto-contagiosas e parasitárias passam a compor outros grupos da CID. Doenças importantes devem compor o rol de doenças infecciosas para um quadro completo da mortalidade. Diarreias e gastroenterites, por exemplo, na CID-1 e na CID-7 eram classificadas como Doenças do Aparelho Digestivo. O tétano, na CID-1, foi classificado como



https://proceedings.science/p/153985?lang=es

Doenças do Sistema Nervoso. As meningites e infecções meningogócicas, as septicemias, encefalites e gripes também sofreram reclassificação. Dessa forma, mantivemos essas entidades e as infecções relacionadas à mortalidade materna no capítulo das doenças infecciosas, como propõe Laurenti (1991). A senilidade é reclassificada para o capítulo de doenças mal definidas por uma particularidade da fonte, onde não é possível separar a rubrica *velhice* das demais causas mal definidas de mortalidade.

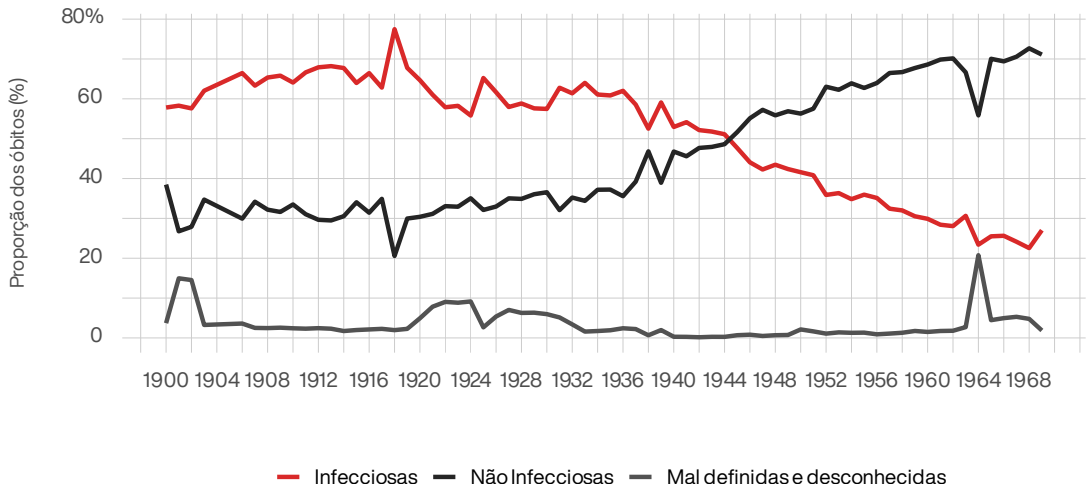
Afinal, quanto de *peste branca* e *tísica* existem na tuberculose pulmonar? O registro civil do município de São Paulo, por exemplo, é fonte particularmente interessante por ser contínua em um período entre os anos 1900 e 1969, por meio de documentação chamadas *Estatísticas Demógrafo-Sanitárias do Município da Capital*, guardadas pela Fundação Seade (FUNDAÇÃO SEADE, 2003) e extraídas de cartórios de registro de pessoas naturais. Nesse período, a título de exemplificação, as classificações internacionais de causas de morte foram revisadas diversas vezes, sendo a última a 8ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-8), publicada em 1965 pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Buchalla, Waldman e Laurenti (2003) analisaram os indicadores de saúde do município de São Paulo a partir das mesmas fontes, mas com escopo limitado a três principais momentos em um período mais amplo: 1901, 1960 e 2000. Os autores destacaram das 10 principais causas de morte no início do século XX, cinco eram infecciosas: diarreia e enterite, pneumonia, tuberculose, meningite e a malária. Esse número passa para apenas três em 1960, com participação importante da pneumonia, das gastroenterites e da tuberculose. A Figura 3 revela a participação relativa das doenças infecciosas, não infecciosas e mal definidas na composição da mortalidade ao longo do período de 1900 a 1969. Destaca-se que a transição da predominância das doenças infecciosas para as doenças não infecciosas se iniciou de forma mais intensa a partir dos anos 1930.



https://proceedings.science/p/153985?lang=es

Figura 1: Mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte – Município de São Paulo, 1900–1969




**Fonte:** Mapas do Registro Civil de Óbitos da Capital e Estatísticas Demógrafo-Sanitárias (FUNDAÇÃO SEADE, 2003).

Um declínio constante da participação das doenças infecciosas relacionadas a água e alimentos como a diarreia e a enterite passam a declinar, mostrando-se como o principal motor de uma redução também constante dos indicadores de mortalidade infantil na capital. Esse indicador também sugere uma relação com o número crescente de cidades e distritos com abastecimento de água e rede de esgotos (SÃO PAULO, 1932). Além disso, as doenças infecciosas de transmissão respiratória também experimentaram um declínio crescente após atingir seu ponto máximo nos anos da pandemia de *influenza* de 1918-19, especialmente devido à diminuição da prevalência das pneumonias e broncopneumonias.

Por fim, os resultados sugerem que, sobretudo a partir dos anos 1930-40, ocorre uma mudança fundamental no perfil da mortalidade da predominância das doenças infecciosas para as doenças não infecciosas, com declínio importante das doenças da infância como as diarreias e enterites. Esse movimento traz alguns elementos novos para a compreensão da transição epidemiológica no município de São Paulo, bem como a possibilidade de estender a análise para o padrão etário dos óbitos por doenças infecciosas e não infecciosas e sua mudança ao longo das primeiras décadas do século xx.



https://proceedings.science/p/153985?lang=es

# Considerações finais

A partir dessa primeira aproximação dos dados de mortalidade e morbidade de escravizados da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro levantados por Mary Karasch (2000), buscamos demonstrar que tanto a classificação de causas de morte adotada pela autora quanto a reclassificação dos óbitos a partir da proposta de Bernabeu Mestre et al. (2003) levam a resultados gerais convergentes. No entanto, ainda que ambas descrevam para um cenário de predominância das doenças infecciosas característico de um período pré-transição epidemiológica, a proposta baseada na Tese de McKeown (1976) tem sido constantemente aprimorada e se mostra robusta para o estudo da dinâmica da mortalidade por causas, particularmente para o estudo do século XIX.

Adicionalmente, extensões dessa classificação para contemplar dados de morbidade e informações hospitalares, tal como propostas por Saínz-Otero, Marín-Paz e Almenara-Barrios (2020), tem sido úteis para revelar o padrão de morbidade das populações do passado em um período onde ainda pouco se sabe sobre ela. Por fim, destacamos como potencialidades do uso da classificação de McKeown Modificada a ênfase para os mecanismos de transmissão das doenças infecciosas, coerente com o arcabouço teórico da transição epidemiológica, a redução da informação residual classificadas no rol das *doenças mal definidas*; a possibilidade de compatibilização com as demais classificações utilizadas por historiadores e estudiosos de população; e a possibilidade de comparação, ainda que mínima, entre um grande e variado conjunto de fontes como o registro paroquial, o registro civil e as informações hospitalares.

# Referências


ALBINO, Matheus Alves. Mortalidade e saúde a partir dos registros hospitalares: Santas Casas de Misericórdia e Hospitais de Isolamento, 1875-1900. **Revista do Arquivo**, São Paulo, SP, v. 4, n. 8, p. 90–100, 2019. Disponível em: <http://www.arquivoestado.sp.gov.br/revista_do_arquivo/08/pdf/Artigo_6_26_04.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2019.

ALBINO, Matheus Alves. **Revelando a doença e a morte**: mortalidade e morbidade em Campinas, 1875-1900. 2020. 165 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2020. Acesso em: 6 set. 2021.

BARRETO, Maria Renilda Nery; PIMENTA, Tânia Salgado. A saúde dos escravos na Bahia oitocentista atráves do Hospital da Misericórdia. **Territórios & Fronteiras**, Cuiabá, MT, v. 6, n. 2, p. 75–90, 2013.

BERNABEU MESTRE, Josep. Expresiones diagnósticas y causas de muerte: algunas reflexiones sobre su utilización en el análisis demográfico de la mortalidad. **Revista de Demografía Histórica**, Espanha, v. 11, n. 3, p. 11–22, 1993.




https://proceedings.science/p/153985?lang=es

BERNABEU MESTRE, Josep et al. El análisis histórico de la mortalidad por causas: Problemas y soluciones. **Revista de Demografía Histórica**, Espanha, v. 21, n. 1, p. 167–193, 2003.

BUCHALLA, Cássia Maria; WALDMAN, Eliseu Alves; LAURENTI, Ruy. A mortalidade por doenças infecciosas no início e no final do século XX no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 6, n. 4, 2003.

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. **Diccionario de medicina popular e das sciencias accessorias para uso das familias**. 6. ed. Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1890. Disponível em: <https://digital.bbm.usp.br/view/?45000008520%5C&bbm/6947#page/1/mode/2up>. Acesso em: 12 abr. 2019.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Tradução: Roberto Machado. 6. ed. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 2004.

FRENK, Julio et al. Elements for a theory of the health transition. **Health Transition Review**, Camberra, ACT, Australia, v. 1, n. 1, p. 21–38, 1991.

FUNDAÇÃO SEADE. **Séries Históricas**: Óbitos Gerais, 1900-1979. 2003. Disponível em: <https://bibliotecadigital.seade.gov.br/view/listarPublicacao.php?pagina=7&lista=0&opcao=8&busca=26&tipoFiltro=&filtro=&descFiltro=&varOrdem=&ordem=&listarConteudo=Cole%C3%A7%C3%B5es%20%C2%BB%20S%C3%A9ries%20Hist%C3%B3ricas:%20%C3%93bitos%20Gerais&limit=6>. Acesso em: 25 jul. 2022.

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

LAURENTI, Ruy. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 25, n. 6, p. 407–417, 1991.

LE GOFF, Jacques. **As doenças têm história**. Lisboa: Terramar, 1985.

MCKEOWN, Thomas. **The modern rise of population**. London, UK: Edward Arnold, 1976.

OLIVEIRA, Daniel. **"Os facultativos são obrigados a declarar [...] cor, [...] moléstia"**: mortalidade, atuação médica e pensamento racial em Porto Alegre, na segunda metade do século XIX. 2018. 370 f. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2018.

ROSENBERG, Charles E. The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. **The Milbank Quarterly**, Oxford, OX, Reino Unido, v. 80, n. 2, p. 237–260, 2002.

SAÍNZ-OTERO, Ana Maria; MARÍN-PAZ, Antonio Jesús; ALMENARA-BARRIOS, José. The Classification of Causes of Historical Mortality (CCHM): A proposal of the study of death records. **PLoS ONE**, San Francisco, CA, Estados Unidos, v. 15, n. 4, p. 1–16, 2020.

SÃO PAULO. **Annuario Demographico**: secção de estatística demographo-sanitaria. Anno XXXVI – 1929. São Paulo, SP: Imprensa Oficial, 1932. v. 1.

SCOTT, Dario. **Livres e escravos**: população e mortalidade na Madre de Deus de Porto Alegre (1772-1872). 2020. 265 f. Tese (Doutorado em Demografia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2020.



https://proceedings.science/p/153985?lang=es

SOUSA, Jorge Luiz Prata de. Tráfico e escravidão: cuidar da saúde e da doença dos africanos escravizados. **Almanack**, Guarulhos, SP, n. 22, p. 153–206, 2019.



https://proceedings.science/p/153985?lang=es