

APROXIMAÇÕES EMPÍRICAS A MORTALIDADE DIFERENCIAL

TRAJETÓRIAS DA MORTALIDADE NA PARÓQUIA DE ESPORÕES (BAIXO MINHO), SÉCULOS XVII E XIX*

MARIA HERMÍNIA VIEIRA BARBOSA**

Resumo: *Objetivos – Pesquisar a concentração de mortalidade infantil, juvenil e infantojuvenil (às idades de 0, 1 a 4 e abaixo de 5 anos) em certas famílias, segundo o seu estatuto socioeconómico e fatores biodemográficos, e por extensão, analisar a transmissão intergeracional desses riscos.*

Dados e método: Dados dos registos vitais da paróquia de Esporões, dos fins do século XVI aos fins do século XX, cruzados com outras fontes nominativas, segundo a Metodologia de Reconstituição de Paróquias de M. Norberta Amorim (1991). O estudo foi restrito às mulheres casadas com 45 anos de idade ou mais, que tiveram pelo menos 4 filhos, mas sem gémeos, nos séculos XVII e XIX.

Resultados – O nível da mortalidade das crianças nas famílias selecionadas foi de 208‰ e 237‰, respectivamente nos séculos XVII e XIX. Contudo, cerca de 15% daquelas famílias mostraram níveis de mortalidade das crianças a oscilar entre 400‰ e 1000‰: estas famílias foram «famílias de alto risco» de mortalidade.

Conclusão – Os resultados parecem mostrar que a mortalidade das crianças estava concentrada em certas famílias.

Palavras-chave: *Mortalidade infantil e juvenil; Análise longitudinal; Fatores de risco; Mortalidade diferencial.*

Abstract: *Objective: To examine the clustering of infant and child mortality (aged 0, 1 to 4 and under 5 years) in a few families, according to their socioeconomic status and bio-demographic factors, as well as analyse the intergenerational transmission of these death risks.*

Data and method – The data collected from the vital records of the parish of Esporões, from the end of 16th century to the end of 20th century, was compared and intersected with other nominative sources, according to M. Norberta Amorim's Methodology of Parish Reconstitution (1991). The study was restricted to married women aged 45 years and over, with at least four children, but without twins, in the 17th and 19th centuries.

Results – The level of child mortality in these selected families was 208‰ and 237‰ in 17th and 19th centuries, respectively. However, about 15% of these families revealed levels of child mortality ranging between 400‰ and 1000‰: these families were high-risk families.

Conclusion – The results appear to show that child mortality was clustered in particular families.

Keywords: *Infant and child mortality; Longitudinal analysis; Risk factors; Differential mortality.*

1. INTRODUÇÃO

Como ainda não é claro o processo da redução da mortalidade, da diminuição da intensidade das flutuações da mortalidade extraordinária à mudança no peso das estruturas etárias na mortalidade quotidiana, o estudo de comunidades individuais com base na «metodologia de reconstituição de paróquias» (AMORIM, 1991), particularmente ao nível da análise microlongitudinal, ao descrever características demográficas específicas com aporte para outras análises como as de carácter epidemiológico, poderá contribuir

* Investigação desenvolvida no âmbito do projeto «Espaços urbanos: dinâmicas demográficas e sociais (séculos XVII-XX)», com referência PTDC/HIS-HIS/099228/2008, cofinanciado pelo orçamento do programa COMPETE – Programa Operacional Factores de Competitividade na sua componente FEDER e pelo orçamento da Fundação para a Ciência e a Tecnologia na sua componente OE.

** GHP/CITCEM - UM. Email: herminivbarbosa@gmail.pt. Queremos agradecer as sugestões propostas pelo revisor científico anónimo que ajudaram a melhorar a qualidade deste trabalho.

para recolocar a mortalidade no centro da dinâmica demográfica. As interpretações não são simples, lineares, unívocas. Daí as várias «teorias» que se sucedem e se complementam, do nível descritivo ao nível explicativo. Reconhece-se a complexidade do processo de descida da mortalidade e aponta-se para explicações multifatoriais (fatores culturais e socioeconómicos, sistema sociomédico, particularmente cuidados primários, nutrição, literacia, educação), pelo que o declínio da mortalidade está ligado à evolução estrutural global de um país (BERNABEU MESTRE, 1991: 81-83).

Passar de um «regime antigo» a um regime sucessivamente mais «moderno» exigiu uma luta contra a morte e um domínio efetivo da reprodução. Neste processo de mudanças houve importantes variações regionais que se traduziram por diferentes ritmos de declínio da mortalidade, particularmente da mortalidade infantil.

A redução da mortalidade desempenha um papel primordial no crescimento das populações. E, na diminuição da mortalidade, os declínios da mortalidade infantil e juvenil surgem como elemento chave para explicar a descida definitiva da mortalidade que acompanhou a «modernização demográfica», pela sua suposta relação com a queda da fecundidade.

A explicação de carácter macrohistórico baseada na análise de tendências agregadas necessita de entrar nas famílias onde as crianças foram geradas, pelo que os estudos micro-longitudinais da reconstituição das famílias e das comunidades se revelam elementos preciosos para entender os regimes demográficos (JOHANSSON, 2000: 59-72). Porém, a dimensão intrafamiliar e intergeracional da mortalidade, particularmente da mortalidade das crianças tem sido esquecida pelos historiadores demógrafos: «the phenomenon of death clustering at family level is an essential but until recently neglected component of mortality research, especially at young ages» (ORIS, DEROSAS & BRESCHI, 2004: 379).

A concentração de óbitos dentro das famílias tem sido encontrada tanto nas sociedades prolíficas passadas dos países desenvolvidos como nas sociedades atuais dos países em desenvolvimento.

Neste campo, salientam-se as pesquisas feitas por BIDEAU (1980: 223-250)¹, IMHOF (1986: 81-97), Das GUPTA (1990: 441-461), LYNCH & GREENHOUSE (1994: 439-459), SASTRY (1997: 245-261), TREMBLAY, HEYER & ROY (1998: 139-156), BRESCHI, DEROSAS, LAGAZIO & MANFREDINI (1999: 204-207)², ALTER, ORIS & BROSTRÖM (2001: 11-31), EDVINSSON, BRÄNDSTRÖM, ROGERS & BROSTRÖM (2005: 321-337), VANDEZANDE, MOREELS & MATTHIJS (2010), Van POPPEL, BIJWAARD, EKAMPER & MANDEMAKERS (2012).

Quando se trabalha em mortalidade o principal problema é *como* separar os «efeitos» das suas principais «determinantes» (REHER & SCHOFIELD, 1991: 1-17). Ora é muito difícil medir o «efeito» real e intrínseco da interação dos fatores biodemográficos, genéticos, comportamentais, ambientais, socioeconómicos, culturais que influenciam a

¹ Variables familiares de la mortalité infantile, in *Les homes e la santé dans l'histoire* Berlim, citado em BIDEAU (1988: 230-232).

² L'influenza del contesto familiare sulla sopravvivenza dei bambini. Risultati di indagini microdemografiche sull'Italia del '900cento. «Bollettino de Demografia Storica», 30, p. 187-211, citado em ORIS, DEROSAS & BRESCHI (2004: 398).

mortalidade. ALTER *et al.* (2001) ensaiaram a medição de um «efeito de família», através de modelos estatísticos avançados (modelos de «*event history analysis*»), nas diferenças interfamiliares da mortalidade na comunidade belga de Sart do século XIX. BRESCHI *et al.* (1999) estudaram a influência do contexto familiar e da rede de parentela sobre a sobrevivência dos bebés, mediante a técnica de regressão multivariada.

Para responder às muitas interrogações e dificuldades metodológicas levantadas pelo dinâmico e complicado «puzzle» denominado «*death clustering*», historiadores e demógrafos, sociólogos, antropólogos, estatísticos e outros cientistas, foram convidados a discutir o tema num *workshop* internacional, realizado em Outubro de 2010, em Umeå (Suécia), e que se intitulou precisamente *Death Clustering: Towards New Explanations for Infant and Child Mortality in the European Past*³.

Em ensaio anterior (BARBOSA, 1998: 21-53), tentámos analisar os fatores demográficos da mortalidade das crianças da comunidade de Esporões: a influência da idade materna, da ordem de nascimento, da descendência, dos intervalos intergenésicos. E, a jeito de resumo, salientámos então que, em período de fecundidade «natural», parecia haver uma certa associação entre a componente neonatal da mortalidade infantil e a idade materna, principalmente nas famílias de média e grande dimensão, enquanto que, em período de algum controlo da natalidade, se salientavam as características exógenas. O ponto fulcral da nossa pesquisa foi ter encontrado na extensão dos intervalos intergenésicos, em 50% dos casos superior a 28 meses, a medida indireta da prática de amamentação ao peito, corrente e prolongada, o que poderá explicar os níveis moderados da mortalidade infantil e mesmo juvenil desta coletividade.

No presente trabalho, de carácter sobretudo descritivo, vamos olhar para as diferenças de mortalidade entre as famílias de Esporões de diferentes maneiras: em primeiro lugar, vamos tentar distinguir as famílias de baixo e alto «risco» de mortalidade das crianças; num segundo ponto, verificar a transmissão de «risco» intergeracional (de famílias com filhas a famílias destas filhas); numa terceira fase, estender a análise à sobrevivência entre pais e filhos nessas mesmas famílias.

Para um melhor conhecimento dos diferentes modelos de mortalidade infantil e juvenil, a investigação foca, assim, como principal unidade de análise, a família e não apenas a criança. É uma tríplice interconexão de mães⁴, nascimentos e mortes das suas crianças.

2. DADOS E METODOLOGIA

A freguesia de Esporões situa-se às portas da cidade de Braga. É uma aldeia de dimensão média, ocupando uma superfície de 3.78 Km², entre áreas de arvoredo e terras de lavra, situada nas fraldas oeste da serra da Falperra, com boa água, boa exposição solar e bons ventos mareiros. O recenseamento de 2011 registou 1709 indivíduos residentes, o que signifi-

³ Uma seleção dos artigos apresentados nesse *workshop* foram compilados num dos últimos números da revista «*Biodemography and Social Biology*», Special Issue: *Death Clustering in Families*, vol. 58, issue 2, 2012.

⁴ Damos destaque à peculiar função das mães na sobrevivência da descendência, pelo que privilegiamos a linha materna.

⁵ Plano Director Municipal (Anexos) 1994, p. 20, Câmara Municipal de Braga.

cou uma diminuição significativa de 136 residentes, em relação ao recenseamento de 2001, em que se contava uma população de 1845 indivíduos, então um acréscimo de apenas 26 em relação à população recenseada em 1991, 1819 residentes. A população desta freguesia aumentou sempre muito lentamente: do século XVIII a XIX andava pelo meio milhar e só na década de 1951-1960 apresentou o maior crescimento da sua história (3,11%), ultrapassando pela 1.ª vez o lanço do milhar. Em 1991, 7% da sua população activa empregava-se no setor primário, 56% no setor secundário e os restantes 37% no setor terciário, a trabalhar principalmente nas áreas de serviços e transformação de Braga e Guimarães. A taxa de analfabetismo rondava, então, os 9,4%. Habitava-se ainda em 13,2% de alojamentos familiares que não dispunham de eletricidade, retrete, água corrente e banho.

2.1. OS DADOS

Os dados usados neste estudo foram extraídos sobretudo dos registos paroquiais da freguesia, de 1580 a 1993. As deficiências encontradas são bastante comuns nos registos paroquiais portugueses. O maior problema para um estudo da mortalidade foi o irregular registo de óbitos de crianças de tenra idade entre 1720-1805 e 1840-1849, períodos necessariamente excluídos deste estudo⁶. O cruzamento nominativo da reconstituição das famílias de Esporões com informações dos registos de casamento e nascimento de catorze paróquias circunvizinhas para o mesmo espaço temporal, bem como dos registos civis (1911-1993) e dos registos de passaporte (1890-1934) resolveu bastantes problemas de identificação e de datação.

Para fazer o levantamento da estrutura social da comunidade, porque os registos paroquiais apenas a partir dos meados do século XIX acrescentam, com regularidade, a informação sobre a ocupação, mais frequentemente do homem do que da mulher, nos diferentes registos em que a pessoa é referida, servimo-nos das listas de ordenanças (1791 e 1828), das devassas (1685-1831), dos traslados de testamentos (1724-1939). Todas estas fontes produzidas com finalidades bem específicas, diferentes daquelas para as quais as utilizámos, foram confrontadas entre si e com os dados da nossa «reconstituição». Mesmo assim, para muitos indivíduos desconhecemos qualquer atributo ocupacional. Em zona de agricultura intensiva e pequena/média propriedade, a profissão de um mesmo indivíduo tem carácter evolutivo e mesmo pluralidade. Optámos por reter, preferencialmente, a ocupação no momento crucial do início da formação da descendência da família, o primeiro baptizado, mais «real» para o contexto da análise da mortalidade das crianças. Depois, tentámos construir uma escala, para o que nos servimos da própria hierarquização que, em meio rural, cada indivíduo tem dos seus vizinhos, interconhecimento que é transposto para os registos,

⁶ A qualidade dos registos em que se firma o nosso trabalho foi testada pelo intervalo nascimento - batismo (só possível a partir de 1707, ano em que aparece o registo sistemático das duas datas) e pela proporção de óbitos com menos de um dia. Verificámos então que, antes do século XX, mais de 90% das crianças eram batizadas durante a 1.ª semana de vida, cerca de 20%, 27% e 34% com menos de 1 dia, respetivamente no século XVIII, 1.ª e 2.ª metades do século XIX. Aplicando o fator de correção de 3% aos «batizados de emergência falecidos», os «ondoyés décédés» (HENRY, 1988: 86-87), parece concluir-se do melhor registo dos óbitos de bebés com menos de um dia de vida no século XVII do que no século XIX, ou seja, representariam, respetivamente, 29,4% e 19,8% das mortes com menos de 1 ano (Cf. BARBOSA, 1998: 25-27).

pelo que reduzimos as informações a duas categorias principais: a dos que têm acesso directo aos bens alimentares produzidos (possidentes) – proprietário, lavrador, lavrador-caseiro – e a dos que desse acesso são excluídos (não possidentes) – artesãos, jornaleiros, etc.

2.2. ASPECTOS TÉCNICOS E METODOLÓGICOS

Trabalhar a mortalidade das crianças dentro das famílias significa entrelaçar fecundidade e mortalidade em contínuo processo de realização.

Reconstituídas as famílias pelo cruzamento dos registos vitais, anexámos os atributos conseguidos pelo cruzamento com as outras fontes nominativas, atribuímos um fim de observação seguindo aqueles que nascidos e residentes na freguesia não tiveram nela um registo de óbito (AMORIM, 1991). Porque a análise se vai fazer no interior das famílias, que são por natureza heterogéneas, começámos por restringir as observações às famílias com vidas reprodutivas completas e, como fizemos em trabalho anterior, para não reduzir a amostra, considerámo-las como completas se a mulher tivesse atingido o patamar «mínimo» dos 45 anos de idade no estado de casada. Destas famílias conhecemos a data de casamento, de nascimento e de óbito da mulher e a data de nascimento dos filhos.

Limitado este estudo aos períodos de registo efetivo de óbitos infantis (0 anos) e juvenis (1 a 4 anos), em regime de fecundidade «natural», isto é, num 1.º período, entre 1582-1719, e num 2.º período, entre 1806-1839 e 1850-1899, outras restrições se impuseram: exclusão das uniões em que a mulher foi recasada, dos filhos concebidos fora do casamento e das famílias com partos gemelares⁷. Por fim, e porque tentámos seguir a descendência sobrevivente à infância capaz, por sua vez, de se reproduzir, libertámo-nos das famílias com um reduzido número de filhos; só as famílias que apresentaram para esta análise um número suficiente de filhos foram conservadas, pelo que observámos 4 como o número médio de filhos de uma família tradicional, neste meio. A variável «controlo» ou «pseudocontrolo» da fecundidade não deverá portanto contar.

A amostra final ficou reduzida a um conjunto de famílias que entram em observação pelo casamento, 53 entre 1580 e 1715 (1.º Período) e 48 no século XIX (2.º Período). Em todas estas famílias não houve filhos saídos de observação (migrantes) antes dos 10 anos. Para os sobreviventes a esta idade, conhecemos as datas de óbito em 55% e em 71% dos casos, respectivamente, no 1.º e 2.º períodos.

Seguimos, assim, a técnica de amostragem de TREMBLAY *et al.* (1998: 139-156) e uma metodologia muito simplificada de EDVINSSON *et al.* (2005: 321-337). A pequena dimensão da amostra populacional em que nos movemos não nos permite aplicar métodos bastante sofisticados, não só para quantificar o grau de concentração de óbitos de crianças dentro das famílias, como para medir o impacto das covariáveis sobre as probabilidades de sobrevivência das crianças em cada família e calcular indicadores que avancem para comparações entre populações⁸. Limitámo-nos a uma estatística descritiva

⁷ As crianças nascidas nestas condições enfrentaram um maior risco de morrer pelo que o seu enquadramento exige uma análise separada.

sumária e ilustrámos esta abordagem com uma seleção de casos de famílias com múltiplos óbitos de crianças, como previsibilidade de causas subjacentes a essas situações.

3. A MORTALIDADE GERAL DAS CRIANÇAS DA COMUNIDADE DE ESPORÕES

Começámos por reproduzir o pano de fundo de alguns indicadores demográficos em que assenta a análise intra e interfamiliar da mortalidade dos filhos dos casais residentes em Esporões: a mortalidade geral das crianças da comunidade.

Pela observação do Quadro 1^o, podemos analisar o comportamento da estrutura da mortalidade das crianças, infantil (menos de 1 ano) e juvenil (entre 1 e 4 anos), e ver como, na comunidade de Esporões, se processou a mudança dos padrões de mortalidade na meninice, ao longo do tempo. São fatores importantes na avaliação dessa mudança os níveis nutricionais e de higiene, bem como a estrutura das doenças epidémicas, as práticas de amamentação e desmame que, em Esporões, se verificaram usuais em aleitamento materno e desmame tardio, uma proteção essencial das suas crianças. Já o agravamento da mortalidade na 2.^a metade do século XIX, particularmente juvenil, é explicável pelas doenças infecciosas, como as diarreias e as febres eruptivas, moléstias cutâneas, como a escarlatina e o sarampo, e a epidemia variólica¹⁰ de 1872-1873 (DAVID, 1992: 215-247; 251-264).

Quadro 1: Estrutura da mortalidade infantojuvenil

| GERAÇÕES | q0 (MF) | 4q1 (MF) | ÍNDICES DE ESTRUTURA (q0/4q1) | GERAÇÕES | q0 (MF) | 4q1 (MF) | ÍNDICES DE ESTRUTURA (q0/4q1) | GERAÇÕES | q0 (MF) | 4q1 (MF) | ÍNDICES DE ESTRUTURA (q0/4q1) |
|-----------|------------|-------------|-------------------------------------|-----------|------------|-------------|-------------------------------------|----------|------------|-------------|-------------------------------------|
| 1590-99 | 163.27 | 119.66 | 1.36 | | | | | 1900-09 | 142.53 | 150.00 | 0.95 |
| 1600-09 | 141.18 | 56.74 | 2.49 | 1810-19 | 171.23 | 163.79 | 1.05 | 1910-19 | 107.42 | 205.61 | 0.52 |
| 1610-19 | 92.49 | 78.43 | 1.18 | 1820-29 | 158.27 | 220.18 | 0.72 | 1920-29 | 74.50 | 107.38 | 0.69 |
| 1620-29 | 189.35 | 151.52 | 1.25 | 1830-39 | 195.74 | 129.41 | 1.51 | 1930-39 | 133.07 | 73.89 | 1.80 |
| 1630-39 | 106.51 | 41.67 | 2.56 | | | | | 1940-49 | 111.94 | 104.31 | 1.07 |
| 1640-49 | 172.84 | 41.45 | 4.17 | 1850-59 | 121.46 | 135.92 | 0.89 | 1950-59 | 95.92 | 54.29 | 1.77 |
| 1650-59 | 103.09 | 72.73 | 1.42 | 1860-69 | 143.79 | 156.38 | 0.92 | 1960-69 | 46.43 | 36.56 | 1.27 |
| 1660-69 | 115.38 | 133.33 | 0.87 | 1870-79 | 116.28 | 221.45 | 0.53 | 1970-79 | 38.27 | 11.88 | 3.22 |
| 1670-79 | 152.87 | 117.65 | 1.30 | 1880-89 | 73.11 | 132.95 | 0.55 | | | | |
| 1680-89 | 111.50 | 125.00 | 0.89 | 1890-99 | 136.99 | 84.99 | 1.61 | | | | |
| 1690-99 | 170.73 | 83.33 | 2.05 | | | | | | | | |
| 1700-09 | 192.05 | 189.66 | 1.01 | 1806-1889 | 140.17 | 172.27 | 0.81 | | | | |
| 1590-1712 | 155.87 | 108.25 | 1.44 | | | | | | | | |

8 Como uma metodologia de ponta, VANDEZANDE et al. (2010) e EDVINSSON & JANSSENS (2012) citam o método inovador desenvolvido por H. HOLMBERG & BROSTRÖM (2010) in «On statistical methods for clustering: a case study on infant mortality, northern Sweden 1831-1890», Paper presented at the international workshop for death clustering, Umea University, Sweden, 22-23 October 2010.

9 O Quadro 1 foi elaborado com base nas gerações de nascimento de Esporões, dentro e fora do casamento (tábuas de mortalidade longitudinais). Os quocientes de mortalidade foram obtidos pela eliminação do efeito perturbador da emigração a partir do 1.º ano de vida, pelo que ficaram excluídas as crianças nascidas e falecidas em famílias que saíram de observação antes do 1.º aniversário dos seus bebés (HENRY, 1988: 187 e 174). São quocientes «aparentes», sem correção, como todos os que se apresentam ao longo deste trabalho.

10 Embora, a partir de 11-01-1825, tenhamos referência à vacinação anti-variólica de crianças expostas da Roda de Braga e criadas em amas de Esporões, a prática desta medida teria um alcance muito limitado, como a grave epidemia de 1872 o comprova.

Dentro do declínio da mortalidade das crianças, a transição para um regime demográfico moderno emerge na baixa contínua e definitiva da mortalidade juvenil, aparecendo a destacar-se mais a mortalidade infantil na mortalidade das crianças. A mudança na estrutura é, portanto, notória na diminuição da mortalidade dos menores de 1 a 4 anos.

Servimo-nos, aqui, do «índice de sobremortalidade juvenil», isto é, da relação entre os quocientes de mortalidade infantil (q_0) e juvenil (${}_4q_1$) (RAMIRO FARINÃS & SANZ GIMENO, 1999: 59-60), para seguir a evolução do declínio definitivo da mortalidade¹¹.

REHER *et al.* (1997: 35-56) ao analisarem a dinâmica das flutuações da mortalidade infantil e juvenil, em que os níveis desta se sobrepunham aos daquela, em vários estudos locais de Espanha para períodos anteriores ao século XX, detetaram também mudanças internas no aparente zigzague dos valores apresentados e relacionaram-nas com o modelo Sul das tábuas de mortalidade de Coale e Demeny, modelo observado em países da região mediterrânica. Este agravamento da mortalidade, principalmente na 2.^a metade do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, possivelmente não resultou só de um melhor registo dos óbitos das crianças, uma vez que tem sido descoberto frequentemente noutros contextos europeus. Resultaria sim da ampla e prolongada difusão das doenças infecciosas das crianças, aparentemente geral, e do agravamento das condições de vida das populações. Só as melhorias no estatuto nutricional das famílias e o estabelecimento de medidas de saúde pública (como a vacinação) puderam contribuir para que o declínio da mortalidade das crianças com mais de 1 ano de idade fosse mais precoce e intenso do que na dos bebés.

Em Esporões, o declínio definitivo da mortalidade parece ser já irreversível a partir dos anos 30 do século XX e significativo duas décadas depois.

4. A CONCENTRAÇÃO DE ÓBITOS INFANTOJUVENIS NA COMUNIDADE DE ESPORÕES

Quais os efeitos das mudanças dos padrões de mortalidade nas realidades demográficas das famílias? Os níveis de mortalidade que resumimos atrás ameaçavam da mesma maneira todas as crianças residentes em Esporões, naqueles tempos?

É neste quadro que se insere a análise da mortalidade ao nível máximo de «desagregação»: a morte no interior das famílias. Assumir este objectivo é trabalhar em rede, mães e filhos.

Dizer que, no século XVII, a mortalidade infantil andou, globalmente, à volta dos 156‰, a mortalidade juvenil pelos 108‰ e a mortalidade infantojuvenil por 249‰, e que no século XIX, estes níveis se alteraram, respetivamente para 140‰, 172‰ e 291‰, não descreve as realidades da vida das crianças em muitas famílias da comunidade. Assim, como facilmente detetamos mortalidades desiguais entre localidades, regiões e países, também houve, numa mesma coletividade de vizinhos, diferenças consideráveis na exposição ao risco de morte das suas crianças.

É o que tentamos demonstrar nos Quadros 2.1 e 2.2.

¹¹ No caso de Esporões, uma «razão» por defeito, tendo em conta as observações deixadas na nota 8.

Tendo em conta a história reprodutiva das mães, estabelecemos os «riscos» de mortalidade em termos de proporção entre o número de nascimentos e óbitos, segundo a dimensão das paridades. De acordo com SASTRY (1997: 250) «the magnitude of the family effect in the model is determined primarily by the number of deaths per family, since children in families in which there are a large number of deaths face higher mortality risks».

Pela observação da distribuição de óbitos infantojuvenis da paróquia de Esporões, verificamos quão diversa foi a afetação das famílias pela morte dos seus filhos biológicos.

Os Quadros 2.1. e 2.2. dão-nos, pois, uma visão geral da concentração dos óbitos dos menores de 5 anos nas famílias desta amostra. A «magnitude do efeito de família» é determinada pelo número de óbitos por família.

Quadro 2.1.: Distribuição das famílias segundo o número de nascimentos e o número de óbitos de crianças com menos de 5 anos por família (1.º Período)

| NASCIMENTOS POR FAMÍLIA | ÓBITOS DE MENORES DE 5 ANOS POR FAMÍLIA | | | | | | | TOTAL DE FAMÍLIAS | PERCENTAGEM DE | | | FREQUÊNCIAS ACUMULADAS DE | | | TX. DE MORTALI- DADE POR PARI- DADE (<5A) |
|----------------------------|---|-------|-------|-------|------|------|-----|----------------------|----------------|-------------|--------|---------------------------|-------------|--------|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | FAMÍLIAS | NASCIMENTOS | ÓBITOS | FAMÍLIAS | NASCIMENTOS | ÓBITOS | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 2 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 11.3 | 6.1 | 6.1 | 11.3 | 6.1 | 6.1 | 0.208 |
| 5 | 2 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 7 | 13.2 | 8.9 | 9.8 | 24.5 | 14.9 | 15.9 | 0.229 |
| 6 | 2 | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 7 | 13.2 | 10.6 | 11.0 | 37.7 | 25.6 | 26.8 | 0.214 |
| 7 | 1 | 4 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 7 | 13.2 | 12.4 | 11.0 | 50.9 | 38.0 | 37.8 | 0.184 |
| 8 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 11 | 20.8 | 22.3 | 22.0 | 71.7 | 60.3 | 59.8 | 0.205 |
| 9 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 5.7 | 6.8 | 6.1 | 77.4 | 67.1 | 65.9 | 0.185 |
| 10 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 7 | 13.2 | 17.7 | 19.5 | 90.6 | 84.8 | 85.4 | 0.229 |
| 11 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 3.8 | 5.6 | 6.1 | 94.3 | 90.4 | 91.5 | 0.227 |
| 12 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3.8 | 6.1 | 3.7 | 98.1 | 96.5 | 95.1 | 0.125 |
| 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1.9 | 3.5 | 4.9 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 0.286 |
| Famílias (total) | 12 | 18 | 11 | 7 | 4 | 1 | 0 | 53 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | ... | ... | ... | 0.208 |
| Famílias (%) | 22.64 | 33.96 | 20.75 | 13.21 | 7.55 | 1.89 | 0.0 | 100 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

Quadro 2.2.: Distribuição das famílias segundo o número de nascimentos e o número de óbitos de crianças com menos de 5 anos por família (2.º Período)

| NASCIMENTOS POR FAMÍLIA | ÓBITOS DE MENORES DE 5 ANOS POR FAMÍLIA | | | | | | | TOTAL DE FAMÍLIAS | PERCENTAGEM DE | | | FREQUÊNCIAS ACUMULADAS DE | | | TX. DE MORTALI- DADE POR PARI- DADE (<5A) |
|----------------------------|---|------|------|------|-----|-----|-----|----------------------|----------------|-------------|--------|---------------------------|-------------|--------|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | FAMÍLIAS | NASCIMENTOS | ÓBITOS | FAMÍLIAS | NASCIMENTOS | ÓBITOS | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 | 8.3 | 4.3 | 7.87 | 8.3 | 4.3 | 7.87 | 0.438 |
| 5 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 | 8.3 | 5.3 | 7.87 | 16.7 | 9.6 | 15.7 | 0.350 |
| 6 | 2 | 5 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 9 | 18.8 | 14.4 | 13.48 | 35.4 | 24.0 | 29.2 | 0.222 |
| 7 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 4 | 8.3 | 7.5 | 11.24 | 43.8 | 31.5 | 40.4 | 0.357 |
| 8 | 0 | 4 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 9 | 18.8 | 19.2 | 20.22 | 62.5 | 50.7 | 60.7 | 0.250 |
| 9 | 0 | 4 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 8 | 16.7 | 19.2 | 14.61 | 79.2 | 69.9 | 75.3 | 0.181 |
| 10 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4.2 | 5.3 | 2.25 | 83.3 | 75.2 | 77.5 | 0.100 |
| 11 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 6 | 12.5 | 17.6 | 13.48 | 95.8 | 92.8 | 91.0 | 0.182 |
| 12 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2.1 | 3.2 | 3.37 | 97.9 | 96.0 | 94.4 | 0.250 |
| 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2.1 | 4.0 | 5.62 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 0.333 |
| Famílias (total) | 6 | 17 | 11 | 9 | 3 | 1 | 1 | 48 | 100 | 100 | 100 | ... | ... | ... | 0.237 |
| Famílias (%) | 12.5 | 35.4 | 22.9 | 18.8 | 6.3 | 2.1 | 2.1 | 100.0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

Às 53 mães do 1.º período a morte levou 82 crianças com menos de 5 anos de idade das 395 que elas tinham dado à luz. Em linguagem «dura», isto corresponde à taxa de 208‰. Nos tempos mais instáveis do 2.º período, 48 mães perderam 89 menores de 5 anos das 375 crianças nascidas, o que correspondeu a uma taxa de mortalidade infantojuvenil de 237‰¹².

Mas os Quadros 2.1 e 2.2 focam uma realidade muito atenuada para alguns casais. Assim, 12 famílias (22,6%), do tempo mais antigo, passaram incólumes a situação, ao passo que apenas 6 (12,5%), em épocas mais recentes, tiveram a mesma sorte.

Mas, para confirmar a concentração de óbitos entre famílias numa população é necessário calcular a diferença entre as proporções observada e esperada. Se os números esperados e os observados diferirem significativamente, a hipótese de concentração de óbitos é apoiada (EDVINSSON *et al.*, 2005; Van POPPEL, 2012). Adaptando a metodologia ao caso de Esporões, verificamos que, na nossa amostra, nas descendências dos casais constituídos no século XVII, *lato sensu*, (1.º Período), o número médio de crianças nascidas em famílias com 4 ou mais filhos foi de 7.45 (395/53) e a taxa de mortalidade infantojuvenil de 20.8% (82/395). Podíamos esperar que 17.6% das famílias não experimentassem um óbito infantojuvenil $(1-0.208)^{7.45}$; porém, na realidade, houve 22.64% das famílias, sem óbito de crianças com menos de 5 anos, não obstante o seu tamanho. A diferença entre as proporções, a observada e a esperada, foi de 5.04. Pelo menos uma criança morreu em 77,4% das famílias $(1-0.2264)$, comparado com os 82.4% esperados. Já na amostra da descendência dos casais formados no século XIX (2.º Período), a concentração dos óbitos em poucas famílias parece ter sido menor. Assim, em casais de 4 ou mais filhos, com um número médio de crianças nascidas de 7.81 (375/48) e uma taxa de mortalidade infantojuvenil de 23.7% (89/375), face às 12.5% das famílias observadas sem óbito de menores de 5 anos, deveria esperar-se acontecer em 12.1% das famílias $(1-0.237)^{7.81}$, o que significa que, nestas famílias, a diferença entre as proporções esperada e observada não foi significativa, apenas de 0.4.

Na nossa amostra, 24 famílias (45,3%) de tamanho médio (com 5 e 6 filhos) e de grande dimensão (com 10, 11 e 14 filhos) do 1.º Período e 13 (27,07%) do 2.º Período (com 4, 5 e 7 filhos), ultrapassaram, respetivamente, a mortalidade média de cada uma das amostras, 207,6‰ e 237,33‰. Em períodos tão distintos, houve ainda situações mais extremas no interior destes sub-grupos: cerca de 15% das famílias experimentaram uma mortalidade infantojuvenil que oscilou entre 400‰ e 1000‰.

O fenómeno da concentração da mortalidade infantil e juvenil no interior de certas famílias parece ser repetitivo e tem sido apresentado nalguns trabalhos com um padrão semelhante.

Na paróquia de Nedertornea, na Suécia setentrional, entre 1818 e 1895, com uma taxa de mortalidade infantil de 266.5‰, 40% das mães não perderam nenhum bebé, mas 10% das mães perderam todos, atingindo a taxa de 1000‰ (IMHOE, 1986: 82-88).

¹² Como estamos a trabalhar a mortalidade das crianças no interior de famílias estáveis completas estas taxas são mais baixas do que as taxas médias da mortalidade infantojuvenil da população de Esporões, como um todo.

BIDEAU (1988: 232) detetou no conjunto da amostra populacional de Thoissey (1670-1840) que mais de 20% das famílias não apresentaram nenhum óbito de crianças com menos de 1 ano, enquanto perto de 18% viram morrer metade ou mais. BRESCHI *et al.* (1999: 204-207) ao estudarem os contextos familiares da mortalidade das crianças em três comunidades italianas notaram que em Madregolo (1800-1883), 65% dos óbitos provinham de 19% das famílias, ao passo que em Casalguidi (1819-1859) e Veneza (1850-1859), 75% dos óbitos aconteceram em 31% das famílias. ALTER *et al.* (2001, 1: 11-31) verificaram que em Sart, na Bélgica, entre 1812 e 1899, o risco de morrer para as crianças (antes dos 15 anos) nas famílias do quartil mais saudável era menos de metade do risco do quartil menos saudável. Ainda no Norte da Suécia, nas regiões de Sundsvall e Skelleftea, no século XIX, com uma taxa de mortalidade infantil à volta dos 150‰, 67% das mães não perderam qualquer bebé, enquanto 13.5% e 6.9% registavam, respetivamente, uma alta mortalidade (EDVINSSON *et al.*, 2005). Em Antuérpia, na 2.ª metade do mesmo século, com uma taxa de mortalidade infantil da ordem dos 154‰, uma proporção de 60.8% de todas as famílias não experimentaram qualquer óbito infantil, contra a proporção esperada de 44.8%, pelo que 30% mais do que seria esperado, provavelmente, não sofreu um óbito infantil (VANDEZANDE *et al.*, 2010). Nos Países Baixos, entre 1812-1839, com uma taxa de mortalidade infantil de 143‰, em 57.4% das famílias não foi observado um único óbito de bebé, embora pudesse ser esperado acontecer em 48.3% das famílias, o que significa que, nas famílias desta região, cerca de 19% mais do que poderia ter sido esperado não experimentaram a perda de um infante (Van POPPEL *et al.*, 2012).

Como vemos, a mortalidade infantil e juvenil foi distribuída de uma maneira desigual segundo as diferentes famílias. Taxas tão díspares coexistiram no mesmo meio e na mesma época e são um indicador da desigualdade das condições das mães para criar os seus filhos.

As famílias que não experimentaram qualquer óbito dos seus filhos mais pequeninos, seriam, na designação de IMHOF (1986: 86) e EDVINSSON *et al.* (2005: 327-328), «famílias de baixo risco» de mortalidade, com taxa de mortalidade de 0‰. Já as famílias que perderam todos ou grande parte dos seus filhos, usando a definição dos mesmos *experts*, seriam «famílias de alto risco» de mortalidade.

Mas, a partir de que nível de mortalidade se pode considerar uma «família de alto risco»? EDVINSSON *et al.* (2005: 328) definiram como «famílias de alto risco» aquelas que perderam um número desproporcionadamente elevado de crianças, isto é, que apresentavam o dobro ou mais da taxa média de mortalidade infantil observada no «espaço» e no «tempo» em que as famílias se inseriam. Se adotarmos idêntico conceito para as famílias de Esporões, nos séculos XVII e XIX, designamos como «famílias de alto risco» aquelas onde o nível de perda de crianças menores de 5 anos foi o dobro ou mais da taxa de mortalidade infantojuvenil verificada em cada um desses períodos, na nossa amostra, (2*207.6‰) e (2*237.3‰), ou seja, aquelas que perdem quase metade dos seus filhos.

Aplicando estas definições, categorizámos as famílias da nossa amostra, segundo o número de nascimentos e o número de óbitos de crianças menores de 5 anos dentro de uma família com uma determinada dimensão, para ser classificada como uma «família de alto risco» ou como uma «família de baixo risco».

Sintetizámos os resultados nos Quadros 3.1 e 3.2.

Quadro 3.1.: Definição das famílias de alto e baixo risco em Esporões (1.º Período)

| NÚMERO DE NASCIMENTOS POR FAMÍLIA | NÚMERO DE ÓBITOS PARA A DEFINIÇÃO DE RISCO | | NÚMERO DE FAMÍLIAS SEGUNDO O RISCO | |
|-----------------------------------|--|-------------|------------------------------------|-------------|
| | ALTO RISCO | BAIXO RISCO | ALTO RISCO | BAIXO RISCO |
| 4 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 5 | 2 | 0 | 2 | 2 |
| 6 | 3 | 0 | 1 | 2 |
| 7 | 3 | 0 | 1 | 1 |
| 8 | 4 | 0 | 1 | 3 |
| 9 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| 10 | 4 | 0 | 1 | 1 |
| 11 | 5 | 0 | 1 | 1 |
| 12 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| 14 | 6 | 0 | 0 | 0 |

Quadro 3.2.: Definição das famílias de alto e baixo risco em Esporões (2.º Período)

| NÚMERO DE NASCIMENTOS POR FAMÍLIA | NÚMERO DE ÓBITOS PARA A DEFINIÇÃO DE RISCO | | NÚMERO DE FAMÍLIAS SEGUNDO O RISCO | |
|-----------------------------------|--|-------------|------------------------------------|-------------|
| | ALTO RISCO | BAIXO RISCO | ALTO RISCO | BAIXO RISCO |
| 4 | 2 | 0 | 2 | 1 |
| 5 | 3 | 0 | 1 | 0 |
| 6 | 3 | 0 | 2 | 2 |
| 7 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | 4 | 0 | 1 | 0 |
| 9 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| 10 | 5 | 0 | 0 | 1 |
| 11 | 5 | 0 | 1 | 2 |
| 12 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| 15 | 7 | 0 | 0 | 0 |

Ao tomarmos como base de referência a taxa de mortalidade infantojuvenil média, e a distribuição da população sujeita ao «risco» pelo tamanho da família com história reprodutiva completa, temos subjacente o padrão de fecundidade da comunidade para distinguir as famílias de alto e baixo risco de mortalidade.

Em princípio, uma situação económica mais desafogada deveria proporcionar melhores condições de sobrevivência. Vamos verificar, então, o possível «efeito» da ocupação paterna, mais regularmente indicada do que a materna. Anexámos ainda um fator biodemográfico relevante: a idade da mãe ao nascimento do 1.º filho. Lembremos que a estratégia adoptada para a constituição das categorias foi aglutinar em dois grupos apenas as várias ocupações referidas: Grupo I (possidentes) – lavrador, proprietário, lavrador-caseiro; Grupo II (não possidentes) – artesãos, jornaleiros, etc..

Apesar do cruzamento efectuado com várias fontes nominativas, no 1.º período, surge um número muito significativo de pessoas, que por não serem referidas em nenhuma fonte trabalhada, ficaram «sem referência». Como estamos a lidar com pequenos números, as observações limitam-se ao essencial.

Quadro 4.1.: Distribuição das famílias por níveis de mortalidade, segundo a ocupação do pai e a idade da mãe ao nascimento do 1.º filho - 1.º Período

| CONDIÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS FAMÍLIAS | FAMÍLIAS DE RISCO | | | TOTAL FAMÍLIAS | MORTALIDADE | | |
|--|-------------------|--------------|-------------|----------------|-------------|---------|----------------|
| | BAIXO | MÉDIO | ALTO | | INFANTIL | JUVENIL | INFANTOJUVENIL |
| Grupo I | 6 26.09% | 15 66.22% | 2 8.69% | 23 | 121.39 | 78.94 | 190.75 |
| Grupo II | 0 0% | 6 60% | 4 40% | 10 | 160.00 | 174.6 | 306.67 |
| Sem Referência | 6 30% | 12 60% | 2 10% | 20 | 115.65 | 69.23 | 176.87 |
| Total | 12 22.64% | 33 62.26% | 8 15.10% | 53 | 126.58 | 92.75 | 207.59 |
| Idade média da mãe ao 1.º filho | 27.17 | 26.12 | 28.75 | 27.25 | | | |

Quadro 4.2.: Distribuição das famílias por níveis de mortalidade, segundo a ocupação do pai e a idade da mãe ao nascimento do 1.º filho - 2.º Período

| CONDIÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS FAMÍLIAS | FAMÍLIAS DE RISCO | | | TOTAL FAMÍLIAS | MORTALIDADE | | |
|--|-------------------|--------------|-------------|----------------|-------------|---------|----------------|
| | BAIXO | MÉDIO | ALTO | | INFANTIL | JUVENIL | INFANTOJUVENIL |
| Grupo I | 3 11.54% | 21 80.77% | 2 7.70% | 26 | | | |
| Grupo II | 3 13.64% | 14 63.64% | 5 22.72% | 22 | 84.66 | 144.51 | 216.93 |
| Total | 6 12.50% | 35 72.92% | 7 14.58% | 48 | 82.67 | 168.60 | 237.33 |
| Idade média da mãe ao 1.º filho | 27.17 | 26.12 | 28.75 | 27.25 | | | |

Salta à vista um padrão de mortalidade infantil e juvenil diferente e de sentido inverso, em cada uma das amostras dos Quadros 4.1. e 4.2. No período mais antigo, a maior parte dos filhos perdidos (61%) contava menos de 1 ano de idade, concentrados sobretudo no 1.º mês de vida, enquanto no período mais recente, a perda da maioria (65,2%) convergia para o grupo de idades de 1 a 4 anos. No primeiro caso, prevaleceu a mortalidade neonatal associada a fatores endógenos¹³ em que, possivelmente, sobressaíram os perigos congénitos (traumatismos de parto, malformações congénitas ou taras hereditárias) mais do que os perigos exteriores, exógenos (infecções de natureza respiratória ou alimentar e acidentes diversos), uma hierarquização condizente com uma bastante moderada taxa de mortalidade infantil (TIAGO, 1963: 16-21)¹⁴; no segundo caso, as piores condições patogénicas ambientais criadas pela virulência de epidemias, como a da varíola e de outras doenças infetocontagiosas¹⁵, atingiram a maior parte das famílias e agravaram a mortalidade juvenil (de 92.8 ‰ para 168.6 ‰).

O reduzido número de observações inegavelmente pertencente ao Grupo II, no 1.º período, condiciona um comentário aprofundado. Verificamos porém que dentro de cada período, se nota no 1.º, mas não muito no 2.º, diferenças entre os grupos socioeconómicos. Talvez os meninos do século XVII, pertencentes aos meios com menos acesso aos bens alimentares, em tempos de carestia, sofressem mais, ou seja, uma sobremortalidade social das crianças entre 1 e 4 anos de idade, que foi 2,2 vezes mais elevada nas famílias menos abastadas. Mas essa desigualdade parece atenuar-se no século XIX, porque as

¹³ Não sendo possível empregar correções ao sub-registo de crianças falecidas nos primeiros dias de vida quando se faz o seu estudo nas famílias (HENRY, 1988: 135), as taxas aqui calculadas, lembramos, são aparentes. Pela aplicação da metodologia de J. BOURGEOIS-PICHAT (1951: 233-248), achámos na mortalidade infantil do 1.º período (126.58‰) uma mortalidade endógena para mais do dobro da mortalidade exógena (86.61‰ vs 37.97‰). Dado a difícil prevenção e tratamento das causas endógenas, a contínua descida da mortalidade infantil será sobretudo devida ao recuo da mortalidade exógena. Mas porque uma diferenciação assim realizada é sempre imprecisa, são mais utilizadas, como principais indicadores de saúde, as taxas de mortalidade neonatal e pós-neonatal (PRESSAT, 1983: 117-118; NAZARETH, 1988: 246-250). Julgamos, pois, que o que importa guardar é a posição relativa das diferenças.

¹⁴ Seguimos a classificação adotada por CURBELO, Arbelo (1959) – *Demografia Sanitária Infantil*. «Revista Espanhola de Pediatria», n.º 88, citado in TIAGO (1963).

¹⁵ A falta de registo de dados nosológicos ao nível de paróquia e para tempos tão recuados não nos permite calcular indicadores de morbilidade, tais como taxas de prevalência e de incidência.

doenças epidémicas alastraram e tocaram quase todos. Nesses tempos, a qualidade higiénica de uns e outros devia ser muito semelhante. Por isso a mortalidade juvenil no grupo socioeconómico menos abonado foi 1,3 vezes superior à do mais favorecido. Em qualquer dos casos, entre as famílias menos afortunadas haveria, proporcionalmente, mais famílias de alto risco.

As mulheres incluídas na amostra tiveram filhos em idades relativamente normais na época. Como observamos nos Quadros 4.1 e 4.2., as idades médias das mães primíparas são, no 2.º período, de mulheres dois anos mais jovens: em princípio, a «qualidade» da descendência deveria estar mais garantida (PENROSE, L. S., 1935; ALDOUS & EDMONSON, 1993; GAVRILOV & GAVRILOVA, 2001). Porém, o efeito perturbador do agravamento da mortalidade neste período vai obstar um maior sucesso.

Assim, nas 53 famílias do 1.º período, 12 (22.6%) experimentaram um baixo risco de mortalidade das suas criancinhas, isto é, 0.0‰; 8 (15.1%) alto risco, ou seja, a taxa de mortalidade nestas famílias foi igual ou superior a 415‰; as restantes 33 famílias (62.3%) apresentaram um risco médio de mortalidade dos seus filhos. No 2.º período, nas 48 famílias, 6 (12.5%) salvaram todos os filhos nascidos, pelo que foram famílias de baixo risco de mortalidade; 7 (14.6%) tiveram uma taxa de mortalidade infantojuvenil igual ou superior a 475‰, um risco de alta mortalidade; a maioria, 35 (72.9%), sofreu um risco de mortalidade médio. Embora tenha diminuído, proporcionalmente, o número de famílias de baixo risco (de 22.6% para 12.5%), a proporção de famílias de alto risco mantém-se próxima entre os dois períodos (de 15.1% para 14.6%), mas mais gravosa para alguns subgrupos de famílias no 2.º período, ou seja, para uma mortalidade infantojuvenil, entre 400‰ e 667‰, no 1.º período, ocorreu, no 2.º período, entre 500‰ e 1000‰.

Não sabemos exatamente as causas destas disparidades.

Embora seja extremamente complexo determinar qual a causa desencadeante e qual a terminal de uma morte (TIAGO, 1963: 15), objetivamos algumas causas possíveis, através das histórias de vida de algumas famílias que perderam uma parte considerável da sua descendência em tenras idades, «famílias de alto risco», dando a conhecer um pouco da teia do drama que viveram.

a) Família n.º 261:

João Domingues, lavrador e mordomo da igreja, nomeado como testemunha na devassa de 1697¹⁶, de 21 anos, e Maria Antónia, de 22, nascidos e criados em Esporões, celebraram o casamento na paróquia em 31/03/1660. Em 16 anos tiveram 6 filhas: Isabel, baptizada à pressa em casa, no mesmo dia morreu; Domingas, Custódia e Páscoa faleceram com 1, 3 e 4 anos, respetivamente; Maria Antónia «morcega» e Madalena Antónia «morcega», sobreviveram solteiras até aos 74 e 77 anos. Nos registos de óbito dos pais, falecidos sucessivamente com 65 e 71 anos, fora anotado «pobre», embora a mãe, no estado de viúva há 5 anos, tivesse feito testamento verbal.

¹⁶ Arquivo Distrital de Braga (de ora em diante, A. D. B.) – Devassas de Entre Homem e Cávado e Vale de Tameil, L.º 275, fols. 85-88v.

b) Família n.º 485:

Domingos Francisco, natural da paróquia da Macieira de Faro, sombreireiro¹⁷, casou com Jerónima Rodrigues, de 34 anos, em 06/6/1715. Em 11 anos tiveram 5 filhos, dos quais perderam 3 em tenra idade: Custódio morreu com 1 ano; Vicente, com 2 dias; Jerónima, com 1 ano. Sobreviventes, Domingas e Catarina foram referidas no testamento¹⁸ da mãe, falecida, viúva, com 83 anos, como foreira do prazo da Confraria da Sr.^a do Rosário: a primeira filha, nomeada pela mãe no mesmo prazo, faleceu aos 69 anos (óbito recuperado no traslado de testamento¹⁹ que Domingas fez), casada com o também sombreireiro, referido na devassa de 1762²⁰, Manuel Francisco Oliveira; a segunda, de quem desconhecemos a data de óbito, era ainda solteira à data do falecimento da mãe.

c) Família n.º 743:

António de Oliveira, natural da paróquia contígua de Nogueira, referido como jornaleiro nas Ordenanças de 1828²¹, em 07/02/1816, recebera em Esporões, por sua mulher, Isabel Ferreira, natural da paróquia vizinha de Figueiredo, de 29 anos. Em 22 anos de casados geram 4 filhos. Não conservaram nenhum: José António faleceu com 18 dias; António José com 6 meses; Isabel Maria com 6,5 meses; João com 3 anos. António Oliveira foi denunciado na devassa de 1831²² por «concupinatos incestuosos» com uma comadre, solteira, e por maltratar a sua mulher. Isabel Ferreira faleceu viúva com 68 anos e muito pobre.

d) Família n.º 1023:

José da Costa Sacramento, sapateiro, celebrou casamento em 19/01/1814, com Francisca Teresa, caseira do doutor Juiz das Sisas, de 19 anos. Geraram 11 filhos em 21 anos. Viram a morte levar-lhes 6 crianças: Rosa, primogénita, «baptizada condicionalmente em casa por estar em perigo evidente foi conduzida à igreja no mesmo dia para suplemento do baptismo» e morreu no dia seguinte; Domingas Josefa, faleceu com 8,5 meses; Maria Rosa, Ana Joaquina e Teresa Maria, com 1 ano; Rosália, com 3 anos. Estas duas últimas crianças faleceram num intervalo de 6 dias. A mãe veio a falecer casada, com 58 anos, e o pai, viúvo, supostamente aos 85 anos. A economia doméstica desta família, entre 1819 e 1825²³, foi

17 A.D.B. – Referido na devassa de 1740 in *Devassas de Entre Homem e Cávado e Vale de Tame*, L.º 299, fols. 166v-176; 178v-179; 183v.

18 A.D.B. – *Livro de Testamento de Esporões*, fols. 70.

19 A.D.B. – *Livro de Testamentos de Esporões*, fols. 94-94v.

20 A.D.B. – *Devassas de Entre Homem e Cávado e Vale de Tame*, L.º 301, 251-254. Foi uma das testemunhas de informação de dois casos de vizinhos «amancebados».

21 Arquivo Municipal de Braga (de agora em diante, A.M.B.) – *Governo da Província do Minho Livro de Registo dos Fogos, e Moradores no Distrito da 6.ª Companhia da Capitania Mór das Ordenanças de Braga* – Na Impressam Regia Por Ordem Superior, [s. d.], fols. 138v-159.

22 A.D.B. – *Devassas de Entre Homem e Cávado e Vale de Tame*, L.º 310, fols. 90v-94.

23 A.M.B. – *Livros de Matrícula de Expostos*: L.º 125, fol. 282v, L.º 126, fol. 202v, L.º 127, fol. 145, L.º 128, fols. 82 e 186; L.º 129, fols. 58v e 128; L.º 130, fols. 49v, 110 e 226; L.º 131, fols. 43, 99 e 183v; L.º 132, fols. 23v e 74; L.º 133, fol. 48v ; L.º 133 A, fol. 25v ; L.º 134, fol. 10v.

reforçada pelo recurso à criação de três expostos²⁴, um período em que se intercalou a morte de duas filhas, Maria Rosa e Ana Joaquina.

Como medir o impacto sobre a saúde das crianças de alguns dos factos registados nestas breves histórias de vida?

Alguns parecem indiciar, por exemplo, a prática arriscada, particularmente no Inverno, de levar as crianças à Igreja para batizar algumas horas após o nascimento quando a regulação térmica do bebé ainda mal se fez: o respeito pela observância de um costume antigo, uma prova da negligência com que foi tratada a vida da criança, face a uma prova da extrema importância que se deu ao batismo (LEBRUN, s/d: 113-117); os ambientes familiares de alguma «violência» doméstica; a pressão da pobreza a condicionar as condições de bem criar; a possível debilidade fisiológica das mães, serôdias ou jovens, prolíficas, algumas «mercenárias» da amamentação ao peito, com pouco investimento afetivo; a competição entre «irmãos germanos» e «irmãos de leite» por alimento e atenção; a fragilidade partilhada em situações de contágio na fratria.

Como anotámos atrás, numa exploração anteriormente realizada sobre os dados da paróquia de Esporões (BARBOSA, 1998), encontrámos na longa extensão dos intervalos intergenésicos a medida indireta da prática generalizada da amamentação ao peito, o que poderá explicar a pouco elevada proporção (15%) de famílias de alto risco desta comunidade, no século XVII e XIX.

Uma justificação similar foi avançada por EDVINSSON *et al.* (2005: 334) ao comparar a proporção de famílias de alto risco de Skelleftea (6.9%) com a de Sundsvalls (13.5%): enquanto na primeira região os bebés tinham uma mortalidade geral mais baixa, pois eram alimentados ao peito, na segunda era corrente a prática de alimentação artificial dos infantes, prevalecente entre os camponeses da região; ou seja, pertencer a uma família de alto risco não pareceu estar associada a um grupo socioeconómico particular em Skelleftea, mas estar associada ao campesinato em Sundsvalls. E apontaram ainda como explicações plausíveis das famílias de alto risco vários outros factores: a componente biológica das mulheres que tiveram nados-mortos; a instabilidade social verificada nas famílias recompostas com mulheres recasadas.

Outros autores encontraram razões bem diversas para explicar a concentração de mortes infantis e/ou juvenis no interior de certas famílias. BIDEAU (1988: 232) considerou que as particularidades individuais poderiam ser explicadas pelo «substrato fisiológico». IMHOF (1986: 82-87; 90-91), embora não avançasse com explicações concretas sobre estas dissemelhanças, lembrou, entre os vários fatores que estão por detrás da morte de uma criança, o meio biogenético e sociocultural das famílias e destacou a influência mais positiva da igreja protestante e reformista no norte da Suécia. ORIS *et al.* (2004: 388 e 398), consideraram que embora a influência do estatuto social fosse mais pronunciada em Casalguidi e Veneza do que em Madregolo, as crianças nascidas nas famílias mais pobres tinham 30% a 55% mais probabilidade de morrer do que as crianças do grupo social mais abastado.

²⁴ A última exposta, criada até pouco mais de 1 ano, veio a ser entregue à mãe biológica, altura em que foi declarada a «negação de soldo de 14 dias à ama por entregar a enjeitada muito mal tratada e tolhida e até inchada e muito dos pés».

Nestas diferentes comunidades, como na paróquia de Esporões, a mortalidade das crianças teve lugar em períodos dominados por doenças infecciosas, víricas, bacterianas e parasitárias, num fundo genético desconhecido, emergente nos problemas da «fragilidade partilhada» (Van POPPEL *et al.*, 2012) entre irmãos germanos.

5. COMPARAÇÕES INTERGERACIONAIS DA MORTALIDADE INFANTOJUVENIL

Num mesmo período, estão presentes várias gerações. No tempo longo em que nos movimentamos podemos acompanhar gerações sucessivas de mães, filhas, netas e bisnetas, por vezes. Foram, até aqui, tratadas como mães. Ao recolocá-las na sua verdadeira linha genealógica, perdemos todas aquelas mulheres que nesta coletividade não tiveram os seus ascendentes ou a sua descendência ou que não se enquadravam nos critérios de seleção da amostra, o que tornará a análise mais limitada²⁵.

Se bem que não nos fosse possível isolar o que pertence ao biológico do que é ambiental ou social, colocámos, como hipótese, a possibilidade da sobremortalidade das famílias de «risco alto» poder ser passada aos seus descendentes. Aos fatores genéticos associar-se-ia a transmissão de práticas comportamentais, tais como a amamentação ao peito e o início do desmame, os comportamentos de higiene, a competência para cuidar de um filho, o valor dado a uma criança.

Quadro 5.1.: Comparações intergeracionais da mortalidade infantojuvenil, segundo o número de filhos (1.º Período)

| SUCESSÃO DAS GERAÇÕES | IDADE MÉDIA AO 1.º FILHO | DIMENSÃO DA PROLE | MÃES | NASCIMENTOS | ÓBITOS | MORTALIDADE INFANTOJUVENIL |
|--------------------------|--------------------------|-------------------|-----------|-------------|-----------|----------------------------|
| 1.ª Geração (Mães) | 26.7 | 4 a 6 | 3 | 15 | 2 | 133 |
| | | 7 a 9 | 7 | 56 | 10 | 179 |
| | | 10 e mais | 2 | 25 | 9 | 360 |
| | | Total | 12 | 96 | 21 | 219 |
| 2.ª Geração (Filhas) | 28.4 | 4 a 6 | 5 | 23 | 5 | 217 |
| | | 7 a 9 | 7 | 54 | 9 | 167 |
| | | 10 e mais | 3 | 32 | 9 | 281 |
| | | Total | 15 | 109 | 23 | 211 |
| 3.ª Geração (Netas) | 26.8 | 4 a 6 | 1 | 5 | 3 | 600 |
| | | 7 a 9 | 1 | 7 | 1 | 143 |
| | | 10 e mais | 2 | 21 | 3 | 143 |
| | | Total | 4 | 33 | 7 | 212 |
| 4.ª Geração (Bisneta) | 28] | 4 a 6 | ... | ... | ... | ... |
| | | 7 a 9 | 1 | 8 | 4 | 500 |
| | | 10 e mais | ... | ... | ... | ... |

²⁵ Para a análise intergeracional foi necessário excluir 21 famílias do 1.º Período e 27 do 2.º Período da amostra trabalhada até aqui. As gerações de filhas «úteis» desta segunda amostra agruparam-se, assim, em 32 e 21 famílias, respetivamente, no século XVII e XIX. Passamos, agora, a trabalhar com gerações de progenitoras enlaçadas biologicamente: quatro no 1.º Período e três no 2.º Período.

Quadro 5.2.: Comparações intergeracionais da mortalidade infantojuvenil, segundo o número de filhos (2.º Período)

| SUCESSÃO DAS GERAÇÕES | IDADE MÉDIA AO 1.º FILHO | DIMENSÃO DA PROLE | MÃES | NASCIMENTOS | ÓBITOS | MORTALIDADE INFANTOJUVENIL |
|-----------------------|--------------------------|-------------------|-----------|-------------|-----------|----------------------------|
| 1.ª Geração (Mães) | 24,6 | 4 a 6 | 1 | 6 | 1 | 167 |
| | | 7 a 9 | 5 | 43 | 7 | 163 |
| | | 10 e mais | 2 | 20 | 2 | 100 |
| | | Total | 8 | 69 | 10 | 145 |
| 2.ª Geração (Filhas) | 23 | 4 a 6 | 1 | 5 | 2 | 400 |
| | | 7 a 9 | 6 | 47 | 12 | 255 |
| | | 10 e mais | 4 | 48 | 10 | 208 |
| | | Total | 11 | 100 | 24 | 240 |
| 3.ª Geração (Netas) | 23,5 | 4 a 6 | 2 | 11 | 2 | 182 |
| | | 7 a 9 | ... | ... | ... | ... |
| | | 10 e mais | ... | ... | ... | ... |

Os Quadros 5.1 e 5.2 mostram-nos os parâmetros demográficos das gerações de sucessivas mães de família.

Estas mães iniciaram o período reprodutivo por volta dos 27.5 anos no século XVII e 3.8 anos mais novas no século XIX. Tiveram em média 7.7 filhos, mas as da 3.ª geração foram mais fecundas (8.3 filhos). No conjunto do 1.º período, e excluindo a última geração de mães (a única bisneta da amostra), a taxa de mortalidade dos menores de 5 anos andou pelos 214‰, contudo um pouco mais gravosa na 1.ª geração. Já as mães do século XIX, tendo o 1.º filho em média pelos 23.7 anos, deram origem a uma prole mais numerosa, isto é, à volta dos 8.6 filhos por mulher. Na 2.ª geração de mães, mais prolíficas, a taxa de mortalidade infantojuvenil ultrapassou a taxa média global da amostra deste período, 200‰. É perceptível, no 1.º período, o aumento da mortalidade nas famílias mais numerosas da 1.ª e 2.ª gerações de mães (10 e mais filhos); porém, no 2.º período, parece convergir para as famílias de tamanho médio (7 a 9 filhos).

Globalmente, as diferenças entre as sucessivas gerações de mães do século XVII não parecem ser muito significativas, parecendo indiciar que existiria uma ténue relação intergeracional na mortalidade das crianças, mas não será o caso das mães do século XIX, influenciadas pela evolução geral da mortalidade neste período.

Embora a pequena dimensão da amostra não nos permita tirar resultados conclusivos, avançámos para a categorização das famílias retidas, segundo o «risco» de mortalidade, a partir dos níveis gerais de mortalidade infantojuvenil em cada uma das amostras, ou seja, 224‰ e 200‰, para os séculos XVII e XIX, e seguimos os critérios de EDVINS-SON *et al.* (2005) enumerados atrás.

Os Gráfico 1.1 e 1.2. dão-nos uma visão expressiva do nível de risco de mortalidade dos menores de 5 anos nas famílias das mães, das filhas e das netas.

Poder-se-ia esperar que 14.2% das famílias em cada um dos períodos não experimentassem qualquer óbito infantojuvenil $(1-0.224)^{7.7}$ e $(1-0.2)^{8.6}$. Todavia, observou-se que 18.8% das famílias do século XVII e 9.5% do século XIX, foram famílias de baixo risco (0‰), apesar da diversidade da sua dimensão. A diferença entre as proporções observada e a esperada foi, no 1.º período, de 4.6 e de -4.7, no 2.º, o que parece indicar

que, neste último período, proporcionalmente, houve mais famílias do que o esperado com pelo menos um óbito de uma criança menor de 5 anos.

Verificamos, assim, que a maior parte das famílias em sucessivas gerações, tanto no 1.º como do 2.º período, pode ser considerada famílias de risco médio, isto é, com uma proporção de óbitos próxima dos níveis da mortalidade normal. Perante este facto, as famílias com níveis de alta mortalidade dos seus filhos menores de 5 anos, que ultrapassaram os 448‰ (2*224‰) ou 400‰ (2*200‰), são muito pouco representativas e não parecem transmitir com clareza uma linha de continuidade; já as famílias de risco baixo, com uma mortalidade de 0‰, parecem passar de uma geração à seguinte uma ténue relação de interdependência no período mais antigo.

Gráfico 1.1.: Distribuição das famílias, em sequência genealógica, de acordo com o nível de mortalidade (1.º Período)

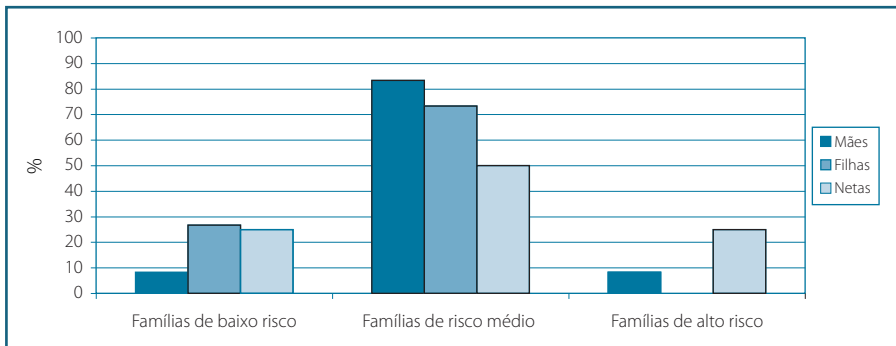
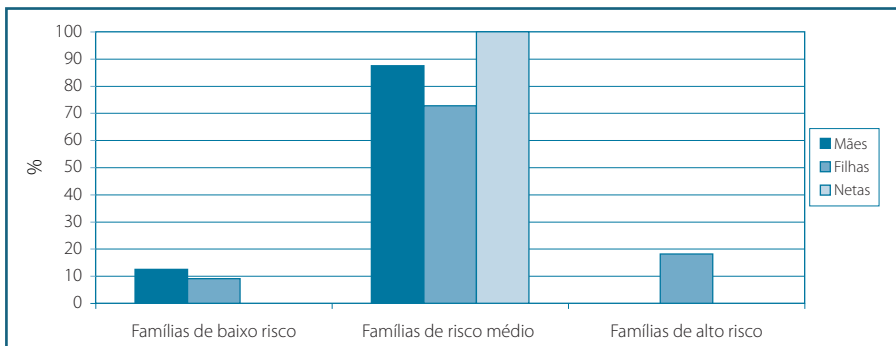


Gráfico 1.2.: Distribuição das famílias, em sequência genealógica, de acordo com o nível de mortalidade (2.º Período)



Nos filhos das filhas do século XVII, parece denotar-se uma melhoria relativa no nível de mortalidade (26.7% com baixo risco), enquanto no século XIX, se afigura um agravamento nas condições de saúde dos meninos gerados pelas mães da 2.ª geração (18.2% com alto risco).

TREMBLAY *et al.* (1998, 2: 139-156) que se interessaram por este tema, lembraram que se os fatores demográficos (idade da mãe, número de filhos, ordem de nascimento,

intervalos intergenésicos) têm uma certa influência sobre os riscos de morte das crianças, o efeito de período (ano de nascimento) é mais significativo. Deste modo, a comparação entre sucessivas gerações de procriadoras deverá ter em conta a evolução geral da mortalidade, no espaço e no tempo, em que elas se inseriram.

6. MORTALIDADE INTERGERACIONAL PÓS-REPRODUTIVA

Os filhos e as filhas, sobreviventes a uma morte prematura, teriam gozado de uma vida longa? A longevidade dos pais terá jogado algum papel na mortalidade da descendência em idades adultas?

Para estudar as durações de vida de pais e filhos é necessário uma extensa observação longitudinal e conhecer as datas de nascimento e de óbito dos indivíduos, de modo a estabelecer-se a idade exata ao óbito. Os nossos dados satisfazem minimamente esse requisito, uma vez que se prolongam até aos fins do século XX.

Gráfico 2.1.: Idade média ao óbito de pais e de filhos falecidos com mais de 45 anos, segundo a dimensão da família (1.º Período)

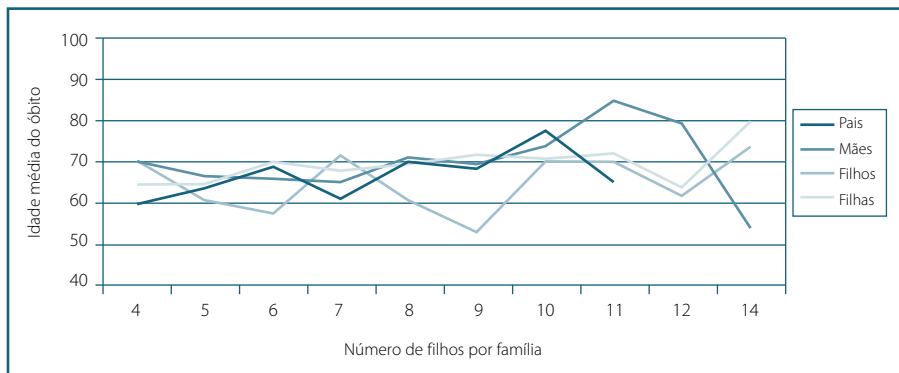
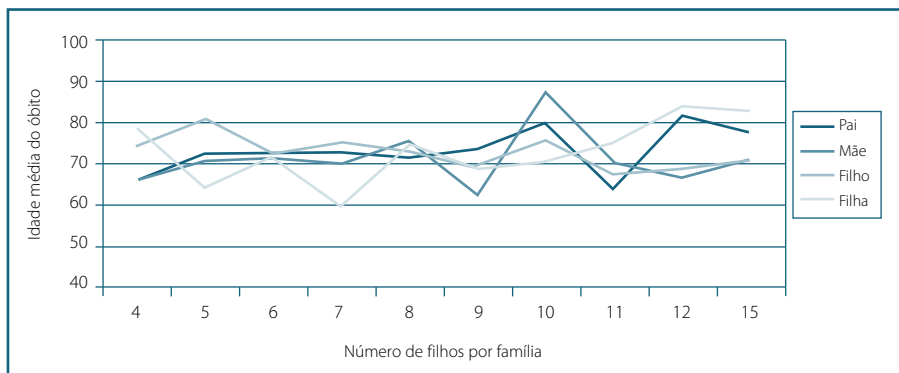


Gráfico 2.2.: Idade média ao óbito de pais e de filhos falecidos com mais de 45 anos, segundo a dimensão da família (2.º Período)



Porém, numa comunidade aberta como a de Esporões, em contínuo fluxo de entradas e saídas, foi impossível ter acesso tanto ao registo de nascimento como ao de óbito de todos os indivíduos, caso dos pais nascidos noutros meios ou de filhos emigrados, pelo que estas situações não podem constar da amostra.

Começámos por confrontar as idades parentais com as idades de todos os filhos que morreram em idade pós-reprodutiva²⁶. Assim, sabemos que, no século XVII, dos 395 filhos das 53 famílias da nossa amostra, 29.1% faleceram após o 45.º aniversário. Dois séculos depois, dos 375 filhos dos 48 casais, 46.4% viveram para além daquela idade.

Os Gráficos 2.1 e 2.2. reproduzem a longevidade média dos elementos destas famílias, segundo a dimensão da descendência completa.

Verificámos que, no 1.º período, as idades médias de pais e filhos ultrapassam os 65 anos na maior parte das famílias, mas mais elevadas entre mães e filhas; no 2.º período, o panorama melhora e pais e filhos vivem, em média, para além, dos 70 anos, o que parece confirmar o aumento secular da idade ao óbito, um «efeito de período» relacionado com os progressos da medicina e melhores condições de vida.

Perante os tamanhos desiguais das famílias, fica a interrogação se o número de filhos condiciona as idades ao óbito dos pais e das fratias. Da observação de cada um dos gráficos parece denotar-se uma tendência subtil de alongamento da vida em relação com as descendências, para as mães e destas para as filhas. Para L. HENRY²⁷, a maior parte das mulheres mais fecundas, que escaparam aos riscos inerentes à maternidade, estariam menos expostas a morrer precocemente de doenças e poderiam viver ainda mais tempo, se tivessem tido voluntariamente menos filhos. Sendo a fecundidade considerada uma das componentes da vitalidade feminina, parece ser também um fator protetor de uma vida mais longa.

Temo-nos servido das idades médias ao óbito. Mas qual o patamar a partir do qual se poderá considerar um indivíduo como longo? Alguns autores (COURNIL, 2000; GAVRILOV & GAVRILOVA, 2001), em estudos desta natureza, utilizaram a idade média ao óbito para definir o limiar da longevidade.

Esta mesma técnica tinha já sido utilizada por DESJARDINS & CHARBONNEAU (1990, 3: 603-615) para estudar a mortalidade intergeracional e cuja metodologia passámos a utilizar.

Como temos vindo a observar, o patamar da longevidade, em Esporões, para os indivíduos sobreviventes ao 45.º aniversário nas famílias completas formadas nos séculos XVII e XIX, situar-se-ia, respetivamente, nos 65 e nos 70 anos.

Passámos, então, a contar duas categorias de indivíduos em cada grupo: «morrem velhos» os indivíduos que ultrapassaram a idade média ao óbito; «morrem jovens» aqueles que não atingiram essa idade média.

²⁶ Como focámos as observações à volta da linha feminina, considerámos os 45 anos como o início do período menopáusic. Contámos nestas famílias 115 filhos no 1.º período e 174 no 2.º, falecidos com mais de 45 anos, entre os quais um conjunto de celibatários que correspondeu, respetivamente, a 20% e 14.4% desta amostra.

²⁷ Citado por BIDEAU (1986, 1: 65).

A seguir, calculámos a idade média ao óbito dos filhos que passaram pelo estado de casados, segundo o sexo, e arrumámo-los nas categorias «morrer jovem»/«morrer velho». Depois, cada filho destas classes foi comparado à idade ao óbito do seu pai e da sua mãe e estimámos a idade média ao óbito dos pais para cada uma das classificações de filhos.

Se os desvios entre as idades ao óbito dos pais forem positivos em cada categoria de filhos, aparentemente, significa que houve um laço intergeracional, uma componente familiar da longevidade dos pais que passaria para a longevidade dos filhos. Desta forma, os desvios positivos indicam que as idades médias ao óbito dos pais são mais altas quando os filhos «morrem velhos» do que quando «morrem jovens».

Os Quadros 6.1 e 6.2. condensam os resultados.

Quadro 6.1.: Diferenças nas idades médias ao óbito dos pais segundo o grupo de idade ao óbito dos filhos, por sexo (1.º Período)

| PAIS | | FILHOS CASADOS FALECIDOS | | | |
|----------------------|-------|--------------------------|--------------------|-----------------------|--------------------|
| | | HOMENS | | MULHERES | |
| | | De 45 a 64 A (n.º 14) | De 65 A + (n.º 27) | De 45 a 64 A (n.º 15) | De 65 A + (n.º 36) |
| Idade Média ao Óbito | Pai | 67,1 | 68,4 | 71,5 | 72,0 |
| | Mãe | 73,7 | 74,1 | 70 | 73,6 |
| | Casal | 71,3 | 71,9 | 70,4 | 73,0 |
| Diferença em Anos | Pai | | 1,2 | | 0,5 |
| | Mãe | | 0,4 | | 3,6 |
| | Casal | | 0,5 | | 2,6 |

Quadro 6.2.: Diferenças nas idades médias ao óbito dos pais segundo o grupo de idade ao óbito dos filhos, por sexo (2.º Período)

| PAIS | | FILHOS CASADOS FALECIDOS | | | |
|----------------------|-------|--------------------------|--------------------|-----------------------|--------------------|
| | | HOMENS | | MULHERES | |
| | | De 45 a 69 A (n.º 30) | De 70 A + (n.º 43) | De 45 a 69 A (n.º 29) | De 70 A + (n.º 47) |
| Idade Média ao Óbito | Pai | 73,3 | 72,9 | 72,0 | 72,0 |
| | Mãe | 70,5 | 71,3 | 67,6 | 71,4 |
| | Casal | 71,8 | 72,0 | 69,6 | 71,7 |
| Diferença em Anos | Pai | | -0,4 | | 0,0 |
| | Mãe | | 0,7 | | 3,8 |
| | Casal | | 0,2 | | 2,1 |

Ora da observação destes quadros verifica-se que os desvios parecem mais significativos para as mães do que para os pais. Os filhos, mas principalmente as filhas, parecem ter vivido mais tempo se as mães faleceram mais tarde. Já a relação com a idade dos pais não parece destacar-se.

A haver uma transmissão de uma componente familiar da longevidade, como tem sido demonstrado noutros estudos, no caso de Esporões, ela não se revela com forte evidência, embora nos pareça mais clara para as mulheres do que para os homens.

As idades médias ao óbito dos cônjuges, na sua maioria ultrapassaram o patamar dos 70 anos, o que, numa longa co-habitação, revela a partilha dos mesmos hábitos de vida, do mesmo meio ambiente (BLACKBURN *et al.*, 2004).

Estas relações de transmissão hereditária da longevidade são ainda hoje controversas, pois a herança genética, os estilos de vida, os fatores comportamentais, socioeconómicos e ambientais explicam muito na sobrevivência de um adulto.

7. CONCLUSÃO

Não há uma explicação simplista, monocausal, para a morte. As crianças que morrem são seres humanos inseridos nos comportamentos, atitudes, valores, ideias, crenças e tradições herdadas desde há muito. E as melhorias atuais na criação de condições biogenéticas, medicosanitárias, ambientais, nutricionais, socioeconómicas terão de ter em conta o pano de fundo das «mentalidades» das comunidades, fatores de muito longa duração (IMHOF, 1986: 89, 94). Estudar a mortalidade infantil e juvenil significa ter em conta um processo sinérgico, multidimensional: as implicações da paternidade e da maternidade no tamanho da família, na sobrevivência dos filhos, na cadeia de influências do meio ambiente e social.

Tendo como ponto de partida a família como unidade central da análise, e não a criança individualmente, tentámos identificar as famílias de alto risco, ou seja, aquelas em que se observou uma frequência especialmente elevada de óbitos de crianças. Detetámos, por exemplo, casos de pobreza em algumas famílias, uma situação que implicou, possivelmente, um risco aumentado da síndrome má nutrição – má saúde das crianças. Mas, enquanto uma pequena percentagem de famílias (15%) contaram um número desproporcionado de óbitos infantojuvenis, nos séculos XVII e XIX, 22.6% e 12.5%, vivendo nos mesmos períodos e nas mesmas circunstâncias, nunca experimentaram a morte de uma criança de tenra idade.

A mortalidade intergeracional e a transmissão da longevidade são fenómenos complexos, numa combinação interativa entre herança genética e meio ambiente. Foram apenas aflorados aqui. Encontrámos uma ténue relação intergeracional nos níveis de mortalidade na infância e uma modesta transmissão de uma componente familiar da longevidade, especialmente por via materna.

A investigação que realizámos, dos fins do século XVI aos fins do século XX, aplicada à paróquia de Esporões, não é representativa da zona geográfica em que se insere. Para explicar com maior segurança as razões da concentração de óbitos de baixa idade em certas famílias e a menor ou maior amplitude do curso de vida dos sobreviventes, é necessário alargar o estudo a áreas citadinas, com um grande volume de observações, amparado por ferramentas analíticas avançadas e já testadas que envolvam fatores demográficos, económicos, sociais, sanitários e culturais e que permitam comparar diferentes níveis de agrupamento dos óbitos na mortalidade infantil e juvenil, entre comunidades de diferentes áreas geográficas e de diferentes épocas.

Há, portanto, um caminho importante a percorrer para que o estudo da mortali-

dade das crianças se torne tema integrativo multidisciplinar no campo mais dinâmico do conhecimento da interação da reprodução e da sobrevivência.

BIBLIOGRAFIA

- ALDOUS, M. B.; EDMONSON, M. B. (1993) – *Maternal age at first childbirth and risk of low birth weight and preterm delivery in Washington State*. «The Journal of American Medical Association» (JAMA), 270 (21), p. 2574-2577. Disponível em: <xa.yimg.com/kq/.../AldousMB-JAMA-1993AMA-PerinatalMorbidity.pdf>. [Consulta realizada em 03-10-2013].
- ALTER, G., ORIS, M.; BROSTRÖM, G. (2001) – *The Family and Mortality: A Case Study from Rural Belgium*. «Annales de Démographie Historique», 1, p. 11-31.
- AMORIM, M. N. (1991) – *Uma Metodologia de Reconstituição de Paróquias*. Braga: Universidade do Minho.
- BARBOSA, M. H. V. (1998) – *Reconstituição de paróquias e aprofundamento dos estudos de mortalidade infanto-juvenil da comunidade de Esporões (séculos XVII-XX)*. «Boletín de la Asociación de Demografía Histórica», XVI, p. 21-53.
- BERNABEU MESTRE, J. (1991) – *Enfermedad y población: una aproximación a la epidemiología histórica española*. «Revisión en Salud Pública», 2, p. 67-88.
- BIDEAU, A. (1986) – *Fécondité et mortalité après 45 ans. L'apport des recherches en démographie historique*. «Population», 1, p. 59-72.
- (1988) – *De l'importance des paramètres familiaux*. In DUPÂQUIER, J. (dir.) – *Histoire de la Population Française*, 2. Paris: P.U.F., p. 230-232.
- BLACKBURN, M.-È.; BOURBEAU, R.; DESJARDINS, B. (2004) – *Hérédité et longévité au Québec ancien*. «Population», 1, p. 9-28.
- BOURGEOIS-PICHAT, J. (1951) – *La mesure de la mortalité infantile. Principes et méthodes*. «Population», 3, p. 233-248.
- COURNIL, A. (2000) – *Contribution à l'Étude de l'Hérédité de la Longévité Humaine. Analyse des Ressemblances Familiales dans la Vallée de la Valserine (Jura Français) du XVIIIe Siècle à nos Jours*. Lyon 1: Université de Claude Bernard. Disponível em: <<http://biomserv.univ-lyon1.fr/txdoc/THESES/COURNIL/TheseCOUA.pdf>>. [Consulta realizada em 03/09/2005].
- DAS GUPTA, M. (1990) – *Death clustering, mother's education and determinants of child mortality in rural Punjab, India*. In CALDWEL, J. C. et al. (eds.) – *What We Know about Health Transition*. Canberra: Health Transition Centre, The Australian National University, vol. 1, p. 441-461.
- DAVID, H. M. P. R. (1992) – *As Crises de Mortalidade no Concelho de Braga (1700-1880)*. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2 vols. Tese de doutoramento (policopiado).
- DESJARDINS, B. ; CHARBONNEAU, H. (1990) – *L'héritabilité de la longévité*. «Population», n.º 3, p. 603-615.
- EDVINSSON, S.; JANSSENS, A. (2012) – *Clustering of Deaths in Families: Infant and Child Mortality in Historical Perspective*. «Biodemography and Social Biology», 58, 2: p. 75-86. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/loi/hsbi20>>. [Consulta realizada em 19-01-2013].
- EDVINSSON, S.; BRÄNDSTRÖM, A.; ROGERS, J. e BROSTRÖM G. (2005) – *High-risk families: The unequal distribution of infant mortality in nineteenth-century Sweden*. «Population Studies», 59, 3, p. 321-337. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/00324720500223344>>. [Consulta realizada em 21/03/2013].
- GAVRILOV, L. A.; GAVRILOVA, N. S. (2001) – *Étude biodémographique des déterminants familiaux de la longévité humaine*. «Population», 56, n.º 1-2, p. 225-252.
- HENRY, L. (1988) – *Técnicas de Análise em Demografia Histórica*. Lisboa: Gradiva.
- IMHOF, A. E. (1986) – *La mortalité infantile historique et actuelle: dialogues entre l'historien et le pédiatre et entre Pays développés et Tiers monde*. «Hist. Phil. Life Sci.», 8, p. 81-97.

- JOHANSSON, R. R. (2000) – *Macro and Micro Perspectives on Mortality History*. «Historical Methods», vol. 33, n.º 2, p. 59-72.
- LEBRUN, F. (S. d.) – *A vida conjugal no Antigo Regime*. Lisboa: Ed. Rolin, p. 107-151.
- LYNCH, K.; GREENHOUSE, J. B. (1994) – *Risk Factors for Infant Mortality in Nineteenth Century Sweden*. «Population Studies», 48, p. 117-133.
- NAZARETH, J. M. (1988) – *Princípios e Métodos de Análise da Demografia Portuguesa*. Lisboa: Editorial Presença.
- ORIS, M.; DEROSAS, R.; BRESCHI, M. (2004) – *Infant and Child Mortality*. In BENGTSSON, T.; CAMPBELL, C.; LEE, J, Z. *et al.* (eds.) – *Life under Pressure: Mortality and Living Standards in Europe and Asia, 1700-1900*. Cambridge: Massachusetts, London, England: The MIT Press, p. 359-398.
- PENROSE, L. S. (1934) – *A method of separating the relative aetiological effects of birth order and maternal age with special reference to mongoloian imbecility*. «Ann. Eugen.», 6, p. 108-127. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-1809.1934.tb02111.x/pdf>>. [Consulta realizada em 03-10-2013].
- PRESSAT, R. (1983) – *L'Analyse Démographique. Concepts – Méthodes – Résultats*. Paris: Presses Universitaires de France.
- RAMIRO FARIÑAS, D.; SANZ GIMENO, A. (1999) – *Cambios estructurales en la mortalidad infantil y juvenil española, 1860-1990*. «Boletín de la Asociación de Demografía Histórica», XVII (1), p. 49-87.
- REHER, D.-S.; SCHOFIELD, R. (1991) – *The Decline of Mortality in Europe*. In SCHOFIELD, R.; REHER, D.; BIDEAU, A. (eds.) – *The Decline of Mortality in Europe*. Oxford: Clarendon Press, p. 1-17.
- REHER, D.-S.; PEREZ-MOREDA, V.; BERNABEU MESTRE, J. (1997) – *Assessing Change in Historical Contexts: Childhood Mortality Patterns in Spain during the Demographic Transition*. In CORSINI, C. A. e VIAZZO, P. P. (eds.) – *The Decline of Infant and Child Mortality. The European Experience: 1750-1990*. Florence: Istituto Degli Innocenti di Firenze, UNICEF, SIDES, p. 35-56.
- SASTRY, N. (1997) – *Family-level clustering of childhood mortality risk in NorthEast Brazil*. «Population Studies», 51, 3, p. 245-261.
- TIAGO, F. C. M. (1963) – *Mortalidade Infantil (alguns aspectos)*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto. Tese de licenciatura (policopiado).
- TREMBLAY, M.; HEYER, É.; ROY, R. (1998) – *D'une génération à l'autre: la mortalité en bas âge dans les familles saguenayennes (fin du XIXe siècle – début du XXe siècle)*. «Annales de Démographie Historique», 2, p. 139-156.
- Van POPPEL, F.; BIJWAARD, G. E.; EKAMPER, P.; MANDEMAKERS, K. (2012) – *Historical Trends in the Correlation of Sibling Deaths in Infancy in The Netherlands*. «Biodemography and Social Biology», 58 (2), p. 87-115. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/loi/hsbi20>>. [Consulta realizada em 19-01-2013].
- VANDEZANDE, M.; MOREELS, S.; MATTIJS, K. (2010) – *Explaining death clustering. Intergenerational patterns in infant mortality, Antwerp, 1846-1905*. Working paper of the Scientific Research Community Historical Demography. Disponível em: <<http://soc.kuleuven.be/ceso/historishedemografie/resources/pdf/WOG%20paper13.pdf>>. [Consulta realizada em 25-02-2013].