

RECONSTITUIÇÃO DE PARÓQUIAS E APROFUNDAMENTO DOS ESTUDOS DE MORTALIDADE INFANTO-JUVENIL DA COMUNIDADE DE ESPORÕES (SÉCULOS XVII-XX)¹

Maria Hermínia Vieira Barbosa²

Resumo

Este estudo de mortalidade das crianças baseia-se na reconstituição da paróquia de Esporões, a partir do «corpus» documental constituído pelos seus registos vitais. Insistimos sobre os factores demográficos: efeito da idade materna, da ordem de nascimentos, da descendência, dos intervalos de nascimento na mortalidade infantil e juvenil. Procedemos aos controlos adequados, de forma a manter em observação as mulheres casadas e fecundas durante todo o seu período fértil e seguimos individualmente o destino de cada um dos filhos destas mulheres.

Abstract

This study of children's mortality is based on the parish's reconstitution of Esporões, from the documental «corpus» composed by the

1 A análise aqui desenvolvida fez-se com base nas informações da tese de mestrado, em *História das Populações*, de Maria Hermínia Vieira Barbosa, *A morte numa comunidade minhota. S. Tiago de Esporões (1539-1993)*, a apresentar à Universidade do Minho.

2 Agradecemos à Sr^a Prof^a Dr^a Maria Norberta Amorim (nossa Orientadora) as observações críticas a este trabalho e ao Sr. Dr. Alberto J. C. Oliveira (nosso Colega, Mestrando em *História das Populações* da Universidade do Minho, autor das 'queries' adaptadas aos objectivos deste trabalho e consequente resolução estatística) a colaboração prestada no tratamento informático dos dados.

vital registers. We insist about the demographic factors: maternal age, the order of birth, lineage, birth intervals effects in infantile and juvenile mortality. We had proceed to the proper controls, in way of keeping in observation married and fecund women in all their fertile period and we followed, individually, the destiny of each of these women's child.

Résumé

Cette étude de mortalité des enfants est basée sur la reconstitution de la paroisse de Esporões, à partir du corpus de documents constitué par ses registres vitaux. Nous insistons sur les facteurs démographiques: les effets de l'âge maternelle, le rang dans la famille, la descendance, les intervalles de naissance dans la mortalité infantile et juvénile. Nous avons procédé aux contrôles adéquats de façon à maintenir en observation les femmes mariées et fécondes pendant toute leur période fertile et nous avons suivi individuellement l'avenir de chacun des enfants de ces femmes.

1. Introdução

1.1. *Interesse do tópico ou «do velho se faz novo»*

Desde há muito que tem sido do interesse da Demografia Histórica situar o estudo da mortalidade das crianças no seio das famílias. Alain Bideau e Jacques Dupâquier (1988: 230-232) citam três exemplos para o caso francês: *Crulai*, de E. Gautier e L. Henry; *Thoissey*, de A. Bideau; *Tourouvre-au-Perche*, de H. Charbonneau. Com os dados genealógicos alemães, Knodel e Hermalin (1984) procuraram dar um novo impulso metodológico a uma análise difícil, desembaraçando o novelo de contradições. Patricia Thornton e Sherry Olson (1991) trabalharam dados do Canadá correlacionando a mortalidade das crianças com as culturas católica (francesa e irlandesa) e protestante.

No *Internacional Workshop on The Decline of Infant Mortality in Europe, 1850-1950*, realizado em Florença, em 1992, David I. Kertzer deixou expresso nas sua comunicação «The Role of Culture in Historical Demographic Explanation»:

«aggregate-level studies (...) must be supplemented by a systematic series of micro-level studies: only in this way can certain important questions be asked, both those involving the differen-

tiation found within local populations (e.g., by class, women's employment, etc.) and those involving life course factors (e.g., relation of infant mortality to parity, birth spacing, etc.). These micro-level studies, however, must be complemented with as detailed a historical reconstruction of local culture and social organization as possible; they should not be limited to purely demographic variables»

O que faltava para se trilhar este caminho ainda insuficientemente desvendado?

Uma metodologia que possibilitasse a resolução dos muitos problemas que se levantam a quem inicia a viagem...

1.2. *Objectivos do nosso trabalho*

Este estudo favorece a «*história local*», pressupondo contribuir, ainda que de forma modesta, para dilucidar algumas questões da mortalidade das crianças.

Apresenta-se como um laboratório de experimentação para testar a aplicabilidade da «Metodologia de Reconstituição de Paróquias» de Maria Norberta Amorim³ ao aprofundamento dos estudos da mortalidade e a validação dos aspectos empíricos da nossa própria investigação.

Assim, concentrámos o nosso esforço de pesquisa na micro-análise da mortalidade de crianças inserida numa problemática de longa duração, com a particularidade de o podermos fazer a um nível de grande enfoque relacional, insistindo sobre os factores demográficos.

Não havendo uma explicação monocausal para a morte, uma explicação simplista da transição da mortalidade (Schofield e Reher, 1994: 28), de entre a pluralidade de combinações dos variados factores e determinantes reflectidos nos valores das taxas de mortalidade das crianças,⁴ decidimos incidir sobre os factores demográficos mais intimamente relacionados com a 1ª infância - a idade materna, a ordem de nascimento, a descendência, os interva-

3 Conf. Amorim, 1991, *Uma Metodologia de Reconstituição de Paróquias*, Braga, Universidade do Minho.

4 Conf. o resumo esquemático centrado neste tópico apresentado por nós em trabalho anterior (Barbosa, 1996).

los intergenésicos - com base em histórias reprodutivas «completas» da paróquia de Esporões, nos séculos XVII–XX.

Definidos os objectivos da investigação, questionou-se a base de dados da «paróquia reconstituída», segundo a metodologia de M. N. Amorim, e criaram-se ficheiros intermédios adaptados a estes objectivos. Este trabalho apresenta-se também como um modelo informático do itinerário desenvolvido, a fim de encontrar as associações e as medidas em discussão.⁵

2. A amostra, a metodologia e as técnicas

2.1. A população

Aos objectivos do nosso ensaio adapta-se a população de Esporões, uma freguesia ainda rural na periferia da cidade de Braga, mas em acelerada transformação. Os volumes populacionais conhecidos para esta Paróquia desde o séc. XVIII mostram-nos uma linha evolutiva extremamente ténue até cerca do fim séc. XIX, rondando a meia centena de habitantes. Durante a 1ª metade do nosso século passa de seis para quase nove centenas. A década 1951-1960 regista a maior taxa de crescimento populacional da sua história (3,1%) ultrapassando pela 1ª vez a barreira dos milhares até atingir no último censo os 1819 habitantes. O ritmo actual mantém-se positivo, dada a capacidade de atracção residencial de uma aldeia às portas da cidade, ela também a transbordar. A osmose campo-cidade e seus movimentos pendulares terá sido uma constante. Sob o ponto de vista estritamente económico, Esporões apresenta um reduzido nível de actividades industriais, de comércio e de serviços. A agricultura assenta na propriedade média, pequena e de reduzida dimensão («o eido»); como complemento da economia familiar, é praticada sobretudo a tempo parcial. Quintas há já votadas ao abandono e outras em processo de loteamento.

2.2. As fontes

Este trabalho tem como base a reconstituição da Paróquia de Esporões. Pela aplicação da metodologia de Maria Norberta

5 Conf. nota 3.

Amorim, conhecemos o trajecto da vida dos indivíduos ali nascidos ou residentes, cuja memória ficou guardada particularmente nos registos de baptismos, casamentos e óbitos.

A qualidade destes assentos esteve intimamente ligada à competência, zelo e enraizamento dos párocos. Entre 1590 e 1719, os vigários registaram de forma conseqüente e continuada os óbitos infantis, o que torna a «evidência» de tais dados extremamente preciosa, porque pouco vulgar em épocas tão recuadas. No séc. XVIII, vai-se perdendo paulatinamente o «costume» de assentar os óbitos dos menores. A partir de 1810, retoma-se o registo dos óbitos infantis, interrompido, porém, na breve e turbulenta década de 40. Sendo o século XIX um período histórico conturbado, há «indícios» de lacunas assinalando-se casos de crianças baptizadas em casas particulares «por cauza de não se pode Baptizar nas Igrejas por estarem na posse dos scimaticos (*sic*)». ⁶ Significativo é também o facto de, nessa época, não nos surgirem óbitos de bebés com menos de um dia.

As insuficiências detectadas são geralmente comuns à maioria dos registos paroquiais portugueses. O cruzamento nominativo de informações de várias fontes nos nossos *ficheiros de famílias e de indivíduos* permitiu ultrapassar muitos dos problemas de identificação e de datação. A alteração qualitativa de maior impacto ao longo desta observação quadrissecular foi, sem dúvida, o irregular registo de óbitos infantis entre 1720 – 1809 e 1840 – 1849, períodos necessariamente excluídos deste estudo.

De forma agregada, pudemos testar a qualidade dos registos em que se firma este trabalho, pelo intervalo nascimento – baptismo. ⁷ A análise deste intervalo é fundamental para averiguar não só a qualidade dos assentos mas também contribui para o cálculo de um factor de correcção dos resultados finais das investigações que têm por base os registos paroquiais.

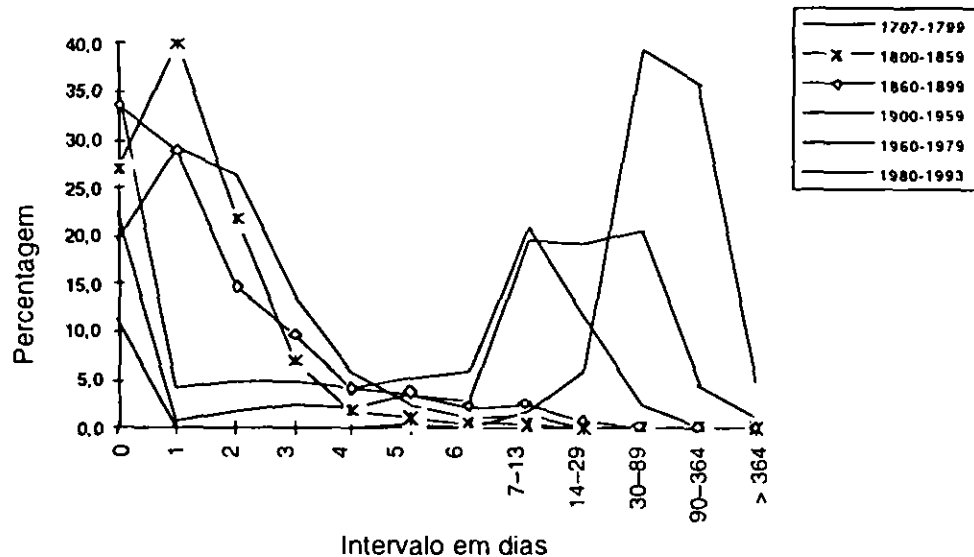
O Gráfico 1 retrata a prática consuetudinária da evolução do grau de urgência do rito iniciático sacramental dos recém-nascidos.

6 Arquivo Distrital de Braga, Esporões - Livro de Baptismos nº 3, folha s/n intercalada entre fols. 57v/58, registo de baptismo de 26-07-1838.

7 A partir de 1707 aparece o registo sistemático das datas de nascimento e de baptismo.

GRÁFICO 1

Intervalo entre o nascimento e o baptismo das crianças naturais de Esporões
(1707-1993)



Salta à vista a «pressa» do baptismo nas famílias de Esporões, antes do nosso século, talvez porque, então, eram maiores os riscos de morte dos seus bebés. Para F. Lebrun (s/d: 113–117) a urgência desta prática era uma prova da importância extrema que se dava a este sacramento face à negligência com que era tratada a vida de uma criança. Desleixo ou ignorância destes pais que expunham os recém-nascidos a um perigo acrescentado, quando a sua regulação térmica ainda mal se fizera?

Para o séc. XX, a «urgência» vai sendo perdida, porque vai diminuindo a mortalidade infantil e porque à mãe são dadas mais condições para cuidar dos filhos nos primeiros meses de vida: o intervalo nascimento - baptismo vê-se progressivamente alargado.

Quando o intervalo nascimento – baptismo não ultrapassa os dois ou três dias, é possível colmatar o sub-registo de óbitos infantis, substituindo o número das crianças «ensopeadas» e mortas ou «baptizadas de emergência mortas», *ondoyés décédés*, adoptando como factor correctivo a avaliação de 3% do número de baptizados, atribuído por Louis Henry, ao caso francês (1970: 11).

Igualmente indicativo da qualidade da fonte é a proporção de óbitos infantis com menos de um dia (Perrenoud, 1994: 81)⁸ que

⁸ Este autor considera a proporção de 25% apresentada por M. Meeus, 1974, «La mortalité à Meerhout-en-Campine de 1686 à 1815», *Population et Famille*, 3,

dependerá, certamente, da evolução da mortalidade. Para Esporões, entre 1590-1719, representavam 20,4% das mortes com menos de um ano; entre 1900-1993, patenteavam 1,7%. Aplicando o coeficiente de correcção ao períodos de registo de óbitos infantis antes do presente século, entre 1590-1719 a proporção sobe para 29,4%; de 1810-1889, fica em 19,8%.

2.3. Níveis e tendências da mortalidade infantil

A preceder o ensaio que procura detectar as influências da idade da mãe, da descendência, da ordem de nascimento e dos intervalos intergenésicos na mortalidade das crianças, é necessário apresentar, ainda que de forma aproximada, a variação do fenómeno ao longo do tempo, para podermos supor quando e como a história da mudança geral poderá ter afectado a constituição das famílias (Magaud e Henry, 1967: 918). Pretendemos, desta forma, apreender alguns indicadores do processo de redução da mortalidade, da modernidade para a contemporaneidade.

Iniciámos a análise pela observação da mortalidade em todas crianças nascidas nas famílias legítimas e ilegítimas de Esporões, excluindo os períodos de sub-registo de óbitos infantis.

Partimos da Paróquia já reconstituída pelo cruzamento dos registos de baptismo, casamento e óbito com os traslados de testamento, inquirições de genere, listas de ordenanças, listas de recenseamentos eleitorais, listas de residentes e registos de passaportes. Cruzámos ainda os registos paroquiais de Esporões com os registos de nascimento e casamento de catorze paróquias circunvizinhas. Para o presente século, recorreremos também a informações recolhidas por testemunho oral. Desta forma, pudemos atribuir um fim de observação seguindo o percurso daqueles que, nascidos ou residentes em Esporões, não tiveram aqui registo de óbito conhecido.

Com esta «base»,⁹ conseguimos formular a análise da mortalidade infantil por «trajectórias de vida», acompanhando, para cada

pp. 130-189, para os períodos 1686-1695 e 1716-1725, como um indicador de um bom registo de óbitos de crianças.

9 A estrutura dos ficheiros de famílias e de indivíduos foi minimamente adaptada aos nossos objectivos. Assim, para distinguir os gémeos, acrescentámos um apóstrofo ao nome da criança, o que tornou possível o desdobramento entre partos simples e múltiplos. Já situações ao óbito, particularmente específicas, foram iden-

geração, a sobrevivência de cada criança (Amorim, 1991,1992 e 1995): (a) mantivemos sempre a inclusão dos óbitos presumidos pela repetição do nome dentro da família reconstituída e os óbitos registados nas margens dos assentos de baptismo como «mortos» (em qualquer dos casos, porque desconhecemos a data da morte, considerámo-los como falecidos com menos de 1 ano); (b) dos indivíduos nascidos em Esporões, separámos aqueles que faleceram ou se ausentaram da Paróquia antes do 1º, 5º, 10º e 15º aniversários; (c) o número de crianças saídas de observação antes de um ano, vivas ou mortas, cuja família não estava presente ao 1º aniversário,¹⁰ foram subtraídas aos nascimentos desse período para estabelecer o denominador da relação entre óbitos infantis e sobreviventes ao 1º ano de vida (taxa ou quociente de mortalidade infantil).

O Gráfico 2 reproduz a evolução da mortalidade infantil por períodos decenais, apresentando as taxas de mortalidade aparente e corrigida.¹¹

O que deduzir destes contínuos fluxos e refluxos da mortalidade?

As taxas de mortalidade infantil observada em Esporões, ao longo do século XVII (1590 – 1719), zigzagueiam em torno dos 138%0 (163%0),¹² parecendo definir-se uma tendência ligeiramente ascendente.

tificadas por letras: «e» - baptizado de emergência morto; «m» - falecido por indicação à margem do assento de baptismo sem indicação de idade ou data de óbito; «r» - nome repetido dentro da irmandade, sem destino conhecido, na família reconstituída.

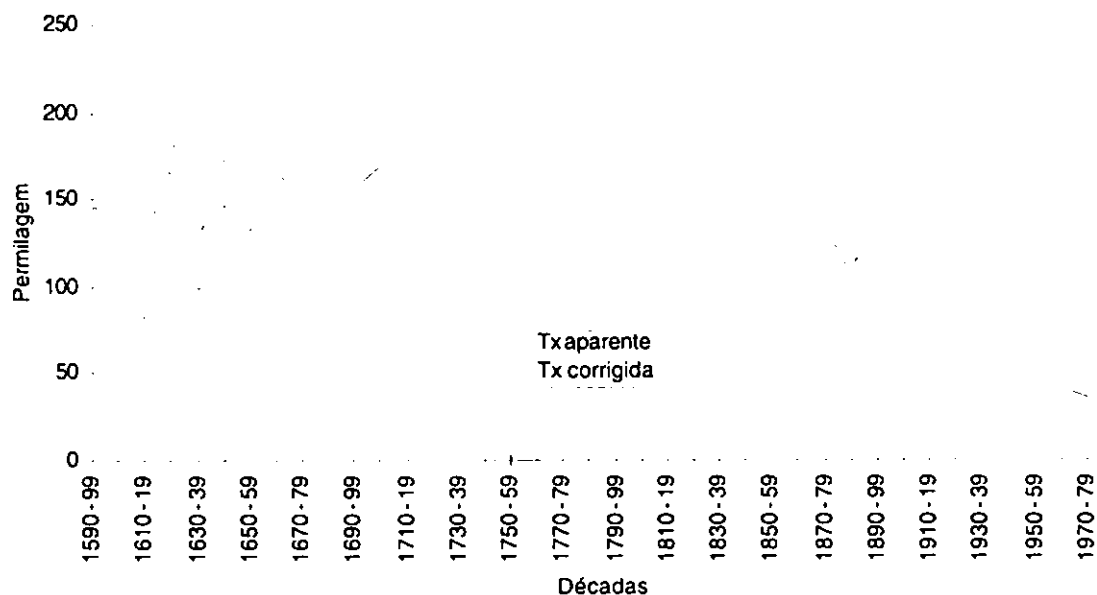
10 Para efeito de estudo da mortalidade infanto-juvenil, a data de saída de observação da família foi associada, nuns casos, à data de falecimento do cônjuge viúvo, noutros, à data de falecimento ou do pai ou da mãe porque só uma delas era conhecida. Na falta de data de óbito dos progenitores, adoptou-se como data de saída de observação da família, a data do último evento em que aqueles estiveram presentes na Paróquia (casamento de um filho, apadrinhamento de um neto, atestação ou registo numa lista nominativa; na falta de outros elementos, a data de nascimento do último filho ali nascido).

11 Jacques Houdaille (1984: 97) admite que os baptizados de emergência mortos representam «partout et à toutes les époques 3% des naissances vivantes». A taxa de mortalidade infantil corrigida, excluindo os baptizados de emergência mortos registados, botem-se da forma seguinte: «(taxa de mortalidade aparente/1,03)+29». Deixamos, porém, a interrogação: estarão adaptados ao nosso meio tais coeficientes de correcção?

12 As taxas referidas entre parêntesis são taxas corrigidas.

GRÁFICO 2

Evolução da mortalidade infantil, em Esporões



Para o século XIX (1810 – 1899) a taxa de mortalidade infantil cai para 133‰ (158‰). A ruptura irrecuperável dos registos do obituário de menores na década de 1840 não nos permite captar com clareza o início da fase da transição. No período de 1810-1839 a taxa de mortalidade infantil eleva-se a 162‰ (187‰). Em 1850-1899 desce para 119‰ (144‰). Sub-registo? Melhoria relativa do estado nutricional das mães que lhes permitiria gerar crianças mais saudáveis? Difusão da inoculação variólica?

Para o século XX, a evolução é tendencial e irreversivelmente decrescente. De 1900 a 1949 ainda se situa no patamar dos 118‰ (143‰). No decénio 1950-1959 dá-se a grande viragem: a mortalidade infantil em Esporões desce para 98‰ (124‰). Dez anos depois, está em cerca de metade, 41‰ (69‰). Nos anos 70 acusa ainda uma taxa de 37‰ (64‰). Os anos oitenta foram de decréscimo espectacular.

A evolução da mortalidade infantil em Esporões vem confirmar os níveis de mortalidade do Sul do Pico (Amorim, 1992: 218), de Alvito (Miranda, 1993: 212) e do País, como um todo (Carrilho, 1995).¹³

¹³ Fazendo uma rápida comparação da evolução da mortalidade infantil, constatámos quão próximas se apresentaram as suas variações desde o século XIX:

2.4. *Evolução comparada da mortalidade infantil e da fecundidade*

Paralelamente, necessitámos encontrar o enquadramento da mortalidade infantil no seio familiar. Que tipo de relações entre mortalidade infantil e fecundidade? Terá uma descendência relativamente elevada conduzido a numerosos óbitos infantis? Por outro lado, conhecido o efeito fisiológico da morte de um bebé na aptidão da mulher para uma nova concepção, onde a amamentação foi uma prática corrente, haverá alguma associação entre queda da mortalidade infantil e redução do número de filhos de um casal?

O Quadro 1 dá-nos o «espelho» temporal destas relações multivariadas.

Antes de mais, detectámos a complexidade das ligações, nesta área de pesquisa. Como Wrigley, podíamos afirmar que uma «racionalidade inconsciente» parece assegurar o equilíbrio entre níveis de mortalidade infantil e fecundidade (Van de Walle, 1979: 231).¹⁴

<i>Períodos</i>	<i>Esporões</i>	<i>Sul do Pico</i>	<i>Alvito</i>	<i>Portugal</i>
1810-1819	156(180)	161	—	—
1820-1829	150(175)	113	—	—
1830-1839	196(210)	123	—	—
1840-1849	—	133	—	—
1850-1859	120(145)	88	—	—
1860-1869	145(170)	123	136	—
1870-1879	107(133)	110	146	—
1880-1889	78(105)	115	122	—
1890-1899	146(170)	204	50	—
1900-1909	140(165)	113	61	—
1910-1919	104(130)	101	118	153,6
1920-1929	100(126)	138	69	132,1
1930-1939	139(164)	102	52	148,7
1940-1949	106(132)	69	52	114,9
1950-1959	98(124)	26	25	93,3
1960-1969	41(69)	21	45	65,2
1970-1979	37(64)	—	21	38,9
1980-1989	6(35)	—	67	16,0

14 Francine Van de Walle apresenta uma datação paralela do declínio da mortalidade infantil e da fecundidade marital para vários países europeus, atribuindo a Portugal os marcos cronológico-estatísticos seguintes:

A mortalidade infantil desce para 100 em 1950.

A fecundidade legítima cai para 0,600 em 1921.

QUADRO 1

Evolução paralela da mortalidade infantil e da fecundidade legítima em Esporões

	Taxas de mortalidade infantil		Fecundidade marital	
	Aparente	Corrigida	Idade da mãe ao último filho	Descendência teórica
1580 - 1699			41,95	9,61
1590 - 1699	135	160		
1700 - 1799			40,08	7,91
1700 - 1719	154	179		
1800 - 1899			39,74	8,79
1810 - 1899	133	158		
1900 - 1929	114	140	38,81	8,1
1930 - 1949	122	147	40,26	10,16
1950 - 1969	66	93	36,52	7,63

Mas, para este ensaio, o Quadro 1 é uma referência sobretudo normativa: é neste contexto demográfico que situamos a análise dos parâmetros familiares explicativos dos níveis da mortalidade das crianças.

Primeira dificuldade a resolver: a periodização. Onde colocar a mudança? Os dois indicadores da fecundidade aqui retidos, embora frágeis, oferecem algum apoio para nos aproximarmos do «ponto» da transição. As flutuações erráticas obscurecem a evidência de movimentos significativos para detectar-se uma incipiente forma de controlo da descendência, globalmente elevada até bem dentro do séc. XX (considerámos excepcional a pujança genésica dos anos de 1930 a 1949). Optando pelo indicador mais simples, a prática de uma «*contraception d'arrêt*» (Leridon, 1989: 27), traduzida na idade média da última maternidade pela 1ª vez mais próxima dos 35 anos, conjugada com a tendência claramente decrescente da mortalidade infantil a partir de 1900, centrámos o nosso estudo em dois períodos:

- I. Famílias casadas em Esporões antes de 1900 (em regime de *fecundidade natural* ou próxima do natural);
- II. Famílias casadas em Esporões entre 1900-1959 (em regime de *fecundidade pseudo-natural* ou ainda não claramente *dirigida*, como a denomina Leridon).

À partida, excluíram-se todas as famílias cujas mulheres foram atingidas, no todo ou em parte, durante o seu período reprodutivo,

pelo sub-registo de óbitos infantis – de 1720 a 1809 e de 1840 a 1849.

2.5. *Seleccção dos casais*

Segunda dificuldade a vencer: que famílias seleccionar para analisar a influência dos parâmetros familiares na mortalidade das crianças? É esta uma das questões mais decisivas, pois do tipo de escolha irá depender o grau de dificuldade interpretativa dos dados que vão ser trabalhados.

Se a comparação se faz no «interior» das famílias, parece lógico garantir um mínimo de homogeneidade, restringindo a observação às famílias completas. A fim de perder o mínimo possível de informação, dada a escala micro em que nos movemos e a longa duração envolvida, aceitámos a definição proposta por Magaud e Henry (1967: 564):

«Une famille complète est constituée de deux époux restés mariés jusqu'à ce que la femme atteigne l'âge de 45 ans et leurs enfants légitimes nés avant que la femme ait atteint cet âge».

Desta forma, admitimos que a fecundidade das mulheres não prossegue significativamente para lá do 45º aniversário.¹⁵ Daqui resulta que considerámos os 45 anos como idade média da menopausa, que as famílias estáveis sem fim de união ou com fim de união cujo casal sobreviveu àquela idade da mulher são completas, no sentido da sua vida fecunda. Destas famílias conhecemos as datas de casamento, de nascimento ou de baptismo da mulher, de nascimento ou de baptismo de todos os filhos e, eventualmente, o óbito de um ou dos dois cônjuges. Se não foi conhecida a sobrevivência do casal no 45º aniversário da mulher, pelo óbito, conven-

15 M. Norberta Amorim (1992: 117) tem «como não desprezível a fecundidade das mulheres entre os 45 e os 48 anos», pelo que define as famílias completas como «aquelas que atingiram ou ultrapassaram, em convivência conjugal, os 48 anos da mulher».

Alain Bideau e Jean-Pierre Bardet (1988: 349-398) conduzem as suas análises sobre as mulheres que atingem os 50 anos em estado de casadas.

Se impuséssemos estas balizas ao caso de Esporões, obteríamos uma amostra significativamente reduzida para este ensaio: na 1ª acepção, retirávamos 19 famílias; na 2ª escolha, eliminaríamos 33 famílias.

cionámos a data de fim da observação, de acordo com o cruzamento de informações recolhidas das várias fontes disponíveis; para os nossos dias, o fim de observação poderá ser o último dia do ano a que se remete a nossa pesquisa (31-12-1993).

A natureza do nosso estudo impôs constrangimentos adicionais à selecção das famílias completas. Seguimos aqui os pressupostos analíticos de John Knodel e Albert I. Hermelim (1984). Quanto aos casais, foi necessário excluir os infecundos e as uniões em que a mulher fosse recasada, pelo que apenas conservámos os 1^{os} casamentos das mulheres. Quanto aos filhos destes, foi necessário pôr de parte os filhos ilegítimos, legitimados ou concebidos pré-nupcialmente; e, porque nos determinámos estudar a mortalidade infanto-juvenil, quando uma destas famílias saiu de observação nos intervalos de idades duma criança (> 1 ano ou 1 – 4 anos), esse filho saiu também de observação no início do intervalo, mesmo se, entretanto, faleceu na Paróquia.

Embora a população de Esporões nos pareça altamente reprodutiva, como atrás referido, mas buliçosamente móvel, de entre os casais residentes ali casados entre 1581 e 1899 (1^o Período) e entre 1900 e 1959 (2^o Período) poucos satisfizeram todos estes critérios. No 1^o Período, a amostra reduz-se a 122 famílias, dos quais retivemos 745 filhos; no 2^a Período, a análise fez-se sobre um efectivo de 100 famílias, recaindo sobre 652 filhos.

2.6. *Características das famílias incluídas*

Incidimos particularmente sobre as características demográficas das mães e dos filhos, pois são essas algumas das linhas da teia que alicerça uma «aritmética» da morte, a outra face da vida.

2.6.1. Variáveis de diferenciação das mães

Se teoricamente uma mulher pode gerar durante 35 anos, dos 15 aos 50 anos, na prática somente uma parte deste período é utilizado. A idade a quando do casamento e a idade da infecundidade definitiva ou da esterilidade progressiva, são marcos limitadores da procriação. Qual o efeito na descendência? Qual o efeito no estatuto de sobrevivência dos filhos? Os Quadros 2 e 3 pretendem resumir os condicionalismos enquadrantes e a sua evolução.

QUADRO 2
Características demográficas das mães, casadas antes de 1900

<i>Grupos de idade da mulher no casamento</i>	<i>Nº de famílias</i>	<i>Nº de filhos</i>	<i>Nº médio de filhos</i>	<i>Idade média no casamento</i>	<i>Idade média ao 1º filho</i>	<i>Idade média ao últº filho</i>	<i>Duração da união</i>	<i>Duração da vida genésico</i>
15 - 19	8	77	9,63	17,88	19,75	41,75	40,63	24,38
20 - 24	46	376	8,17	22,65	23,85	40,37 (a)	38,85	18,22
25 - 29	30	194	6,47	27,70	29,37	41,30	34,50	14,10
30 - 34	15	58	3,87	32,43	33,63	40,77	24,50	8,83
35 - 39	19	35	1,84	37,34	39,45	41,76	24,50	4,92
40 - 44	4	5	1,25	41,75	42,50	43,25	11,25	2,00
Total	122	745	6,11	27,70	29,18	41,05	32,99	13,85

a) Se tomarmos como infecundidade precoce o caso de 3 mulheres que tiveram o seu último filho antes dos 30 anos, obtém-se a idade média de 41,31, resultado mais próximo do dos outros grupos de idade (Charbonneau, 1970: 141)

QUADRO 3
Características demográficas das mães, casadas entre 1900 e 1959

<i>Grupos de idade da mulher no casamento</i>	<i>Nº de famílias</i>	<i>Nº de filhos</i>	<i>Nº médio de filhos</i>	<i>Idade média no casamento</i>	<i>Idade média ao 1º filho</i>	<i>Idade média ao últº filho</i>	<i>Duração da vida genésico</i>
15 - 19	11	81	7,36	19,05	20,86	36,59	18,05
20 - 24	53	392	7,40	22,42	24,01	38,54	16,61
25 - 29	25	149	5,96	26,50	27,86	39,06	13,06
30 - 34	6	22	3,67	32,00	34,17	39,83	8,33
35 - 39	5	8	1,60	37,70	40,70	42,10	4,90
40 - 44							
Total	100	652	6,52	24,41	26,07	38,71	14,80

Do 1º para o 2º período o número médio de filhos por família foi muito próximo, com ligeiro ganho para o último, que viu alargada a duração da «vida genésica» das mulheres de 13,17 para 14,74 anos.¹⁶ Este tempo de constituição da família depende, não só dos factores fisiológicos relacionados com a idade a que a mulher vai dando à luz, mas também, enquanto o controle da natalidade for pouco eficiente, da idade a que a mulher entra no casamento (Henry, 1988: 139-140).

¹⁶ A duração média da «vida genésica» foi calculada sobre a idade das mulheres no casamento e na última maternidade (Boisvert e Mayer, 1994: 699).

As idades das mães às últimas maternidades falam por si. No 2º período parece ter havido uma tentativa de limitação dos nascimentos, como se o processo de formação da família se interrompesse, uns anos antes da pausa natural ultimada: um recuo médio de alguma forma expressivo de 2 anos e 3 meses. Comparando as idades médias ao último filho em cada grupo de idades, dentro de cada um dos períodos, saltam à vista diferenças marcantes: nos casais pré-malthusianos a idade ao último nascimento é elevada e não varia segundo a idade da mulher ao casamento; em regime de alguma limitação voluntária dos nascimentos a idade da mãe ao último nascimento é tanto mais baixa quanto mais o casamento é temporão.

Fazendo, porém, uma observação a uma escala mais homóloga, fixámos apenas o grupo de idades ao casamento mais representativo nos dois períodos, 20-24 anos. Verificámos que, antes dos 35 anos de idade, no 1º período, 8,7% das mulheres cessaram de ser mães, enquanto no 2º período a fasquia subiu para 20,8%; antes dos 40 anos, de um período para outro, a «paragem» passou de 30,4% para 50,9%; dos 40 aos 44 anos, uma forte proporção de esposas ainda serão mães, invertendo-se, como seria de esperar, as proporções (69,9% contra 49,1%).

Em resumo: os Quadros 2 e 3 representam termos analíticos não só para a descendência, mas sobretudo as linhas de associação entre fecundidade e mortalidade infantil nas famílias do nosso ensaio.

2.6.2. O curso do destino dos filhos

A aplicação da metodologia de «reconstituição de paróquias» permite-nos acompanhar a trajectória de vida de todos os residentes numa colectividade e seu encadeamento genealógico (Amorim, 1991, 1992 e 1995). Como método de análise de informações biográficas, tornou possível seguir, do princípio ao fim, a história de cada indivíduo, os acontecimentos surgidos no decurso da sua vida. Assim, os filhos destes casais, sujeitos a uma observação longitudinal, foram acompanhados até à sua extinção ou emigração definitiva da Paróquia.¹⁷

17 Tommy Bengtsson e Christer Lundh (1994: 23-43) descrevem o método «life-event analysis» ou «método de análise das biografias», como uma extensão da clássica tábua de mortalidade, que o primeiro investigador tem vindo a utilizar desde

Das 122 famílias casadas no 1º Período, em 34% dos casos não conhecemos as datas de óbito dos seus filhos adultos. Porque no 2º Período muitos indivíduos eram ainda viventes na data limite da nossa pesquisa, densificámos a informação cruzada no nossos ficheiros de famílias e de indivíduos com o testemunho «oral» para atribuir a data de fim de observação mais adequada: em 100 famílias, para 74% dos filhos adultos não foi conhecido óbito.

2.7. *Alguns pressupostos metodológicos gerais*

Neste ensaio trabalhámos as várias componentes da mortalidade de crianças no seio das famílias.

Como não é possível empregar correcções, as taxas aqui calculadas são aparentes.¹⁸ Quando procedemos ao desdobramento da taxa de mortalidade infantil, por não serem conhecidas as datas de óbito das crianças, presumidas como falecidas, porque apenas consta «morreu» à margem do assento de baptismo ou porque o nome aparece repetido na irmandade, estes óbitos não entraram nos cálculos das taxas neonatais e pós-neonatais; porém, incluímos os baptizados de emergência mortos registados, tanto no numerador como no denominador, para obter as taxas neonatais.

Para ter uma ideia mais precisa do risco de morte, trabalhámos a mortalidade mais como *probabilidade de morte*, designada ${}_nq_x$. Para cada período e para cada criança nascida controlámos a sua sobrevivência aos 28 dias, aos 365 dias, ao 5º, 10º e ao 15º aniversários. Pudemos assim calcular a mortalidade neonatal, pós-neonatal, infantil e infanto-juvenil.

Manipulámos todos os filhos legítimos havidos no 1º casamento das mulheres até ao 45º aniversário, excluindo os nascimentos pré-nupciais. No estudo da mortalidade, segundo a ordem de nascimento, distinguimos partos simples e múltiplos, atribuindo a estes

1989, e que apresentam como «um dos novos métodos estatísticos mais avançados». Pela exposição, parece-nos muito próximo do método português de «reconstituição de paróquias» de M. Norberta Amorim.

18 Quando se faz o estudo da família, não é possível empregar o coeficiente de correcção - 3% dos baptizados (proporção aproximada do sub-registo de crianças baptizadas mortas) - às distribuições do número de filhos ou aos intervalos intergenésicos (Henry, 1988: 135).

intervalo nulo (Desplanques, 1986: 250). Todavia, no apuramento do efeito da extensão do intervalo intergenésico na mortalidade infantil, considerámos apenas o 1º dos filhos em caso de parto gemelar (Knodel e Hermalin, 1984).

3. Resultados das análises

Os diversos factores demográficos aparecem-nos «imbricados» uns nos outros, variáveis segundo os comportamentos das gerações e ligados a características fisiológicas intramulheres. Seria utópico pretender obter uma visão de grande abertura angular ao lançarmos a análise dos efeitos «cruzados» da mortalidade da 1ª infância com o ciclo de vida das famílias em período reprodutivo.

Os valores apresentados, sem correcção, são mais uma medida aproximada, relativa, para traduzir uma fracção da homogeneidade possível dentro da diversidade, à custa de uma técnica quase cirúrgica num campo restrito de observações disponíveis.

3.1. Mortalidade das crianças segundo a idade da mãe

Começamos por aqui. É do conhecimento comum que a idade da mãe tem uma considerável influência nas possibilidades de sobrevivência dos filhos. Como esteve esta «verdade» presente nas famílias conservadas para a nossa experimentação? Qual a melhor idade para se conseguir uma maternidade de sucesso? Os Quadros 4 e 5 mostram-nos os problemas que se escondem por detrás de questões tão singelas.

Em período de fecundidade «natural», parece evidente um aumento da mortalidade neonatal e infantil associado aos grupos de idade da progenitora, a partir dos 25 – 29 anos. A maior mortalidade com que se nos apresenta o grupo de mães quarentonas parece ser atribuível a riscos acrescidos neonatais. As mortalidades pós-neonatal e juvenil não dão conta de uma relação tão próxima. Sutter e Lederman (1959: 706) que estudaram profundamente este campo, registaram que a idade da mãe e a paridade exercem, simultaneamente ou não, uma influência apreciável na estrutura biológica dos descendentes, traduzida nos diferentes níveis de mortalidade, mortalidade neonatal, frequência de malformações congénitas, fraco peso à nascença.

QUADRO 4

*Mortalidade infanto-juvenil aparente, segundo a idade da mãe.
Casamentos anteriores a 1900*

Grupos de idade	Mortalidade Infantil					
	Neonatal	Pós-neonatal	(a)	(b)	Juvenil	Inf.-Juven.
15 - 19	0	0	0	0	0	0
20 - 24	16	81	95	109	158	250
25 - 29	33	34	67	79	143	211
30 - 34	54	91	141	159	138	275
35 - 39	56	65	118	122	105	214
40 - 44	115	81	187	187	106	273
Total	58	69	123	133	125	242

NOTAS: (a) Nos cálculos, foram excluídos 2 casos de menção «morto» à margem do assento de baptismo por não ser conhecida a idade ou a data de óbito e 6 casos de óbito por repetição de nome; (b) incluídos os casos descritos na nota (a).

A idade média na 1ª maternidade, muito próxima dos 30 anos,¹⁹ faz cair para o grupo de idades 30 - 34 a idade da maternidade da maioria das mulheres, uma explicação possível para a mortalidade mais alta dos seus rebentos. A melhor idade para a reprodução enquadra-se entre os 25 e 29 anos. A exiguidade dos efectivos nas idades maternas mais jovens obsta qualquer valoração daquilo que se observa.

No século XX, as mulheres de Esporões, como mulheres da sua geração, não estão tão sujeitas aos condicionalismos biológicos que lhes são imputados. O Quadro 5 mostra o contraste.

É de leitura imediata que a mortalidade das crianças antes e depois de 1900 não pode ter explicações idênticas.

Vários factores podem estar em jogo. Desde logo a descida sustentada da própria mortalidade infantil,²⁰ resultante, decerto também, dos cuidados de saúde de que a maior parte destas famílias beneficiou, da assistência nas gravidezes e nos partos, de uma maior higiene, de melhorias nas condições de vida, das incipientes formas de planeamento familiar. Todo um ambiente que faz obscu-

19 Conf. Quadro 2.

20 Conf. Gráfico II.

QUADRO 5

*Mortalidade infanto-juvenil aparente, segundo a idade da mãe.
Casamentos entre 1900 e 1959*

Grupos de idade	Mortalidade Infantil					
	Neonatal	Pós-neonatal	(a)	(b)	Juvenil	Inf.-Juven.
15 - 19	0	0	0	0	0	0
20 - 24	49	51	98	98	108	195
25 - 29	18	78	94	94	84	171
30 - 34	11	55	66	71	88	152
35 - 39	21	72	92	92	70	156
40 - 44	14	69	82	82	90	164
Total	20	66	84	86	86	164

NOTAS: (a) Nos cálculos, excluído 1 caso de óbito por repetição de nome por não ser conhecida a idade ou a data de óbito; (b) incluído o caso descrito na nota (a).

recer o determinismo genético e biológico que acompanha cada casal. É todo um processo exógeno que sobressai, observável pelo peso significativo da mortalidade pós-neonatal.

No conjunto, comparando os dois períodos, verificámos a estranha «estabilidade» desta componente da mortalidade infantil: apenas uma ligeira quebra de 2,29% em favor do último período.

3.2. *Mortalidade das crianças segundo a dimensão da família*

Fica claro que estudar a mortalidade em consonância com a idade da mãe a quando dos nascimentos está longe de oferecer uma visão ampla do fenómeno.

Outros factores, que constituem risco de morte, estão repartidos desigualmente entre as famílias, conforme a dimensão da prole.

Como a dispersão das frequências da dimensão das famílias é grande e o número de observações pequeno, agrupámos as famílias, designando-as como de pequena, média ou grande dimensão, segundo fossem constituídas, respectivamente, por 1 a 3, 4 a 9 e 10 ou mais filhos.

Os Quadros 6 e 7 apresentam um resumo breve e primário do problema.

Se introduzimos na análise da mortalidade a relação com a descendência, no período mais antigo, sobressai a quase «estabilidade» da mortalidade neonatal nas famílias de média e grande dimensão.

QUADRO 6
Mortalidade aparente das crianças segundo a dimensão da família.
Casamentos anteriores a 1900

	Número de Famílias	Mortalidade				
		Neonatal	Pós-Neonatal	Infantil	Juvenil	Infanto-juvenil
Famílias de peq. dimensão (1 a 3 filhos)	32	74	120	185	68	241
Famílias de méd. dimensão (4 a 9 filhos)	70	67	60	123	135	241
Famílias de grd. dimensão (10 ou + filhos)	20	71	76	142	119	243
Conjunto das família	122	68	69	133	125	242

QUADRO 7
Mortalidade aparente das crianças segundo a dimensão da família.
Casamentos entre 1900 e 1959

	Número de Famílias	Mortalidade				
		Neonatal	Pós-Neonatal	Infantil	Juvenil	Infanto-juvenil
Famílias de peq. dimensão (1 a 3 filhos)	16	0	32	32	100	129
Famílias de méd. dimensão (4 a 9 filhos)	69	18	39	56	88	139
Famílias de grd. dimensão (10 ou + filhos)	15	34	141	170	75	233
Conjunto das família	100	21	66	86	86	164

Nas famílias numerosas parece haver uma sobremortalidade infantil que nos aparece parcialmente explicada pela componente pós-neonatal. Nas grandes descendências, a mãe esteve sujeita a inter-

valos de nascimentos mais curtos e, portanto, a gerar mais depressa «insucessos»; crescendo o número de «bocas» os recursos diminuem («Quem tem muitos filhos é pobre» – diz-se.), os cuidados maternos tornam-se insatisfatórios, a promiscuidade aumenta.

Nas populações contemporâneas, comportamentos diferentes devem ter exposto as crianças a riscos diferentes. Na diminuição geral dos níveis de mortalidade, entre os dois períodos da nossa observação, parece continuar a detectar-se, pelo Quadro 7, uma persistência da sobremortalidade infantil nas grandes famílias.

Famílias completas de reduzida dimensão apresentam resultados com uma forte carga aleatória.

3.3. *Mortalidade das crianças segundo a ordem de nascimento*

Dentro da progenitura, quem mais sobreviveu nos primeiros tempos de vida: os mais velhos ou os mais novos? Em Esporões, haveria algum laço entre mortalidade dos bebés e das crianças e ordem de nascimento?

Vejamos a situação no conjunto das famílias (Quadros 8 e 9).

Dado o número reduzido de casos para ajustar tamanho da prole e ordem de nascimento, combinámos todas as paridades; excluimos, porém, as famílias com um único filho e as famílias com partos múltiplos.

QUADRO 8

*Mortalidade infantil e juvenil aparente segundo a ordem do nascimento.
Casamentos anteriores a 1900*

Ordem de Nascimento	Óbitos			Mortalidade			
	Nascimentos	< 1 ano	1 - 4 anos	0 - 4 anos	Inft.	Juv.	Inft.-Juvn.
Crianças da 1ª ordem de nascimento	92	12	10	22	130,4	125,0	239,1
Crianças de última ordem	92	10	12	22	108,7	146,3	239,1

NOTA: Foram excluídas 17 famílias de filho único e 13 famílias com gémeos.

QUADRO 9

*Mortalidade infantil e juvenil aparente segundo a ordem do nascimento.
Casamentos entre 1900 e 1959*

Ordem de Nascimento	Óbitos			Mortalidade			
	Nascimentos	< 1 ano	1 - 4 anos	0 - 4 anos	Infnt.	Juv.	Infnt.-Juvn.
Crianças da 1ª ordem de nascimento	89	9	7	16	101,1	87,5	179,8
Crianças de última ordem	89	7	4	11	78,7	48,8	123,6

NOTA: Foram excluídas 4 famílias de filho único e 6 famílias com gémeos.

Certo é que os filhos mais novos, os benjamins, não foram sujeitos às mesmas condições de mortalidade dos primogénitos. Mas neste trabalho, reafirma-se, os valores encontrados não tem valor definitivo: o que importa reter é, pensamos, a posição relativa das diferenças das probabilidades de morte.

Esperar-se-ia uma sobremortalidade dos primeiros nascidos (Bideau e Dupâquier, 1988: 231), devido a uma forte componente endógena. Em Esporões, detivemos a mortalidade neonatal nos primeiros nascidos das famílias com dois ou mais filhos: antes de 1900, atinge 65%0, depois de 1900, cai para 23%0.

Mas, porque as flutuações estatísticas são marcadas, não se pode fazer afirmações definitivas, tomando ao pé da letra o que é, quando muito, um indício.

Talvez seja mais interessante examinar a mortalidade infantil por ordem de nascimento dentro da descendência. Limitámos a análise à mortalidade dentro das famílias de média alta e grande dimensão: famílias com sete ou mais filhos. E porque a gmealidade é um factor de risco, associada a causas múltiplas, como a consanguinidade, que não são objecto deste ensaio, nos Gráficos 3 e 4, damos conta do grau da disparidade, quando se tem ou não em conta a sua presença nos cálculos da mortalidade. Assim, no 1º Período, trabalhámos com 58 famílias que geraram 510 nascimentos; destas excluímos 10 por terem partos múltiplos, o que significou reduzir o número de nascimentos para 411; no 2º Período, tín-

hamos 50 famílias com 7 e mais filhos, as quais produziram 454 nascimentos; destas, excluímos 4 famílias com partos gemelares, restringindo-se a amostra a 420 nascimentos. Os Gráficos seguintes representam as duas situações.

GRÁFICO 3

Mortalidade infantil aparente por ordem de nascimento nas famílias com 7 ou mais filhos. Casamentos anteriores a 1900

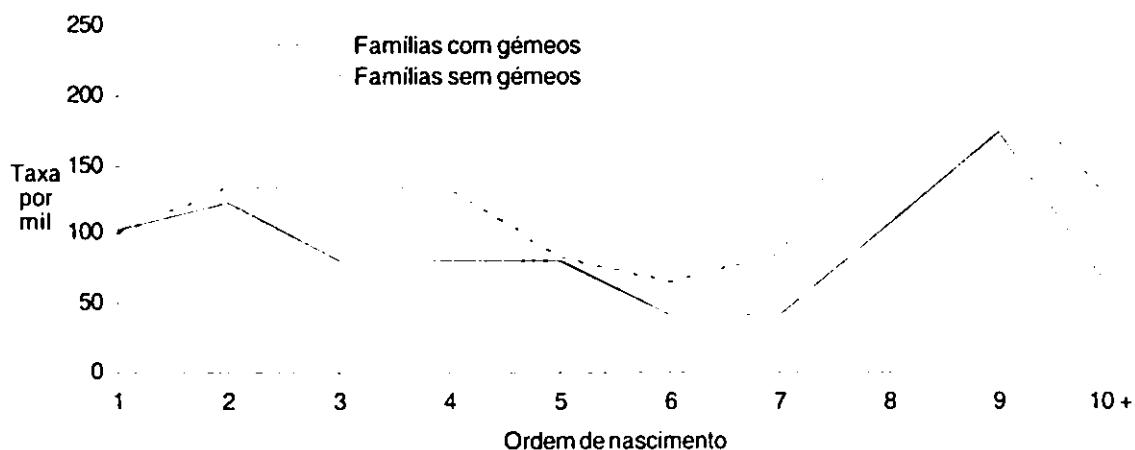
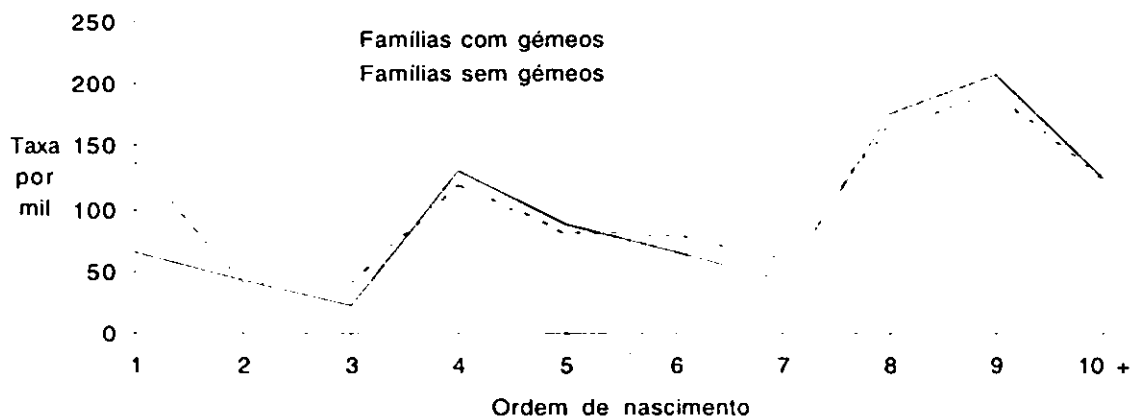


GRÁFICO 4

Mortalidade infantil aparente por ordem de nascimento nas famílias com 7 ou mais filhos. Casamentos entre 1900 e 1959



Pertencer a uma avantajada descendência representa ter pais saudáveis. Então, a aptidão da mãe para procriar devia melhorar em cada parto (por exemplo, melhor peso à nascença). Mas este dado parece contrariado por outras variáveis, desde logo a idade da mul-

her que vai avançando, tornando-a cada vez menos fecunda (Magaud e Henry, 1967: 911).

O que nos mostra Esporões? Tanto num Período como noutro, constata-se a verificação de Magaud e Henry (*ibidem*, 910) de que os nascimentos de ordem dois são menos afectados que os seguintes pelos nascimentos múltiplos. Por outro lado, a mortalidade infantil não revela uma relação automática com a ordem de nascimento. As ordens centrais parecem apresentar uma mortalidade decrescente; a partir da 7ª agrava-se, à medida que entram descendências maiores. As crianças de ordem superior destas famílias numerosas saem desfavorecidas: cargas acrescentadas pelo número de filhos? Para Magaud e Henry (*ibidem*, 911) é a sobrevivência das crianças precedentes que joga um papel determinante.

Segundo Knodel e Hermalin (1984: 1103) pelo menos quatro factores principais subjazem na relação entre mortalidade infantil e descendência: causas genéticas, extensão do intervalo intergenésico, duração da amamentação ao seio, cuidados dos pais, recursos familiares. Isto conduz-nos às inter-relações entre mortalidade infantil e fecundidade.

3.4. *Mortalidade infantil e extensão dos intervalos intergenésicos*

É usual considerar as diferenças na mortalidade infantil, entre outras razões, como derivadas de um possível efeito de diferentes durações da amamentação ao seio sobre a fertilidade.

O que nos dizem os testemunhos dos etnógrafos que no século passado recolheram as normas consuetudinárias sobre o aleitamento materno na nossa região? O que nos diz o inquérito feito há alguns anos em Portugal sobre a fecundidade? O que podemos nós acrescentar com algumas notas dispersas realizadas em «trabalho de campo», em Esporões?

Massimo Livi Bacci (1971: 125-126) reproduziu a informação coligida por Leite de Vasconcelos, que catalogou o Minho como tendo, no século passado, uma duração normal de lactância materna de cerca de 18 meses, embora pudesse haver zonas com uma duração máxima de 24-50 meses.²¹ O Inquérito Português à

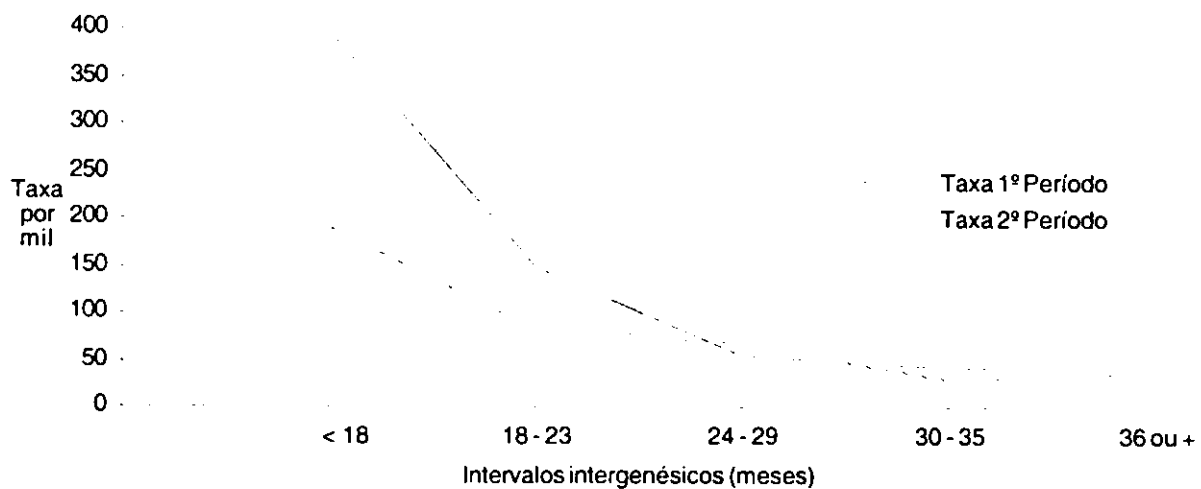
21 Conf. Leite de Vasconcelos, 1958, *Etnografia Portuguesa*, vol. 4, pp. 458-460.

Fecundidade encontrou, para o nosso tempo, um valor médio de 5,4 meses variando com a idade da mulher, registando apenas 8,7% das mulheres inquiridas que levavam a amamentação aos 18 e mais meses.²² Em Esporões, em meados do nosso século, ainda havia quem «mamasse três Maio».

Como encontrar uma «representação» para uma prática que se perde na névoa do tempo? A estratégia consiste em pôr em evidência a extensão dos intervalos intergenésicos, mostrando a relação entre intervalo de nascimento e mortalidade infantil. Disso nos dá conta o Gráfico 5.

GRÁFICO 5

Mortalidade infantil aparente por extensão do intervalo intergenésico. Casamentos de Esporões anteriores a 1900 (1º Período) e entre 1900 e 1959 (2º Período)



NOTA: Os resultados enquadram-se entre a primeira e a penúltima ordem de nascimento; em caso de nascimento múltiplo, somente o primeiro foi incluído.

A taxa de mortalidade desceu significativamente entre os dois Períodos mas, como vimos atrás, a fecundidade manteve-se muito alta até bem dentro do século XX. Em cada um dos Períodos, sobressai o risco de óbito aumentado nos intervalos mais curtos. A partir do 24º mês a influência da mortalidade sobre a amplitude do intervalo afigura-se negligenciável (Cantrelle, Leridon e Livenais, 1980:

22 Conf. Inquérito Português à Fecundidade. Relatório Principal, Vol 1: Metodologia e resultados, Instituto Nacional de Estatística, Portugal, 1980, pp. 143-151, in International Statistical Institute, World Fertility Survey.

639). No entanto, no nosso tempo, o prolongamento da amamentação para além dos 35 meses parece gerar uma mortalidade mais alta.

Os Quadros 10 e 11, mostram-nos para diferentes categorias de intervalo o «peso» da mortalidade infantil.

QUADRO 10

Mortalidade infantil aparente por extensão do intervalo e destino do nascimento anterior. Casamentos anteriores a 1900

<i>Intervalos Intergenésicos</i>	<i>Óbitos < 1ano</i>	<i>Nascimentos</i>	<i>Mortalidade Infantil</i>
< 18	31	78	397,44
> =18	38	528	71,97
< 21	45	130	346,15
> =21	24	476	50,42
< 24	51	213	239,44
> =24	18	393	45,80
24 - 35	13	271	47,97
Geral	69	606	113,86

NOTA: Os resultados enquadram-se entre a primeira e a penúltima ordem de nascimento; em caso de nascimento múltiplo, somente o primeiro foi incluído.

QUADRO 11

Mortalidade infantil aparente por extensão do intervalo e destino do nascimento anterior. Casamentos entre 1900 e 1959

<i>Intervalos Intergenésicos</i>	<i>Óbitos < 1ano</i>	<i>Nascimentos</i>	<i>Mortalidade Infantil</i>
< 18	24	127	188,98
> =18	24	418	57,42
< 21	34	192	177,08
> =21	14	353	39,66
< 24	35	258	135,66
> =24	13	287	45,30
24 - 35	9	177	50,85
Geral	48	545	88,07

Nota: Os resultados enquadram-se entre a primeira e a penúltima ordem de nascimento; em caso de nascimento múltiplo, somente o primeiro foi incluído.

Onde fica o pico dos intervalos? Onde «cai» o período intercalar genésico mediano? Para o 1º Período avistámos o cume nos 26 meses, enquanto no 2º Período ficou nos 19 meses. O intervalo mediano chegou, na 1ª situação aos 27 meses e, na 2ª, aos 24 meses. Verificamos uma diferença significativa entre os dois Períodos,

cujas mulheres, lembremo-lo, atingiram descendências aproximadas.

Citando Knodel e Hermalin (1984: 1102), dois «determinantes imediatos do intervalo de nascimento são o estatuto de sobrevivência do nascimento anterior e a duração da amamentação.» Segundo Walter Bodmer e Albert Jacquard (1967: 871) os «tempos mortos» jogam no intervalo intergenésico médio um papel muito mais significativo do que a fecundabilidade, situando-se em 19 meses a sua «duração média normal» em concepções que conduzem a um nascimento.

Os Quadros 12 e 13 apresentam outros dados da argumentação.

QUADRO 12

Mortalidade infantil aparente por extensão do intervalo com sobrevivência do nascimento anterior. Casamentos anteriores a 1900.

<i>Intervalos Intergenésicos</i>	<i>Óbitos < 1ano</i>	<i>Nascimentos</i>	<i>Mortalidade Infantil</i>
< 18	7	47	148,94
> =18	50	483	103,52
< 21	14	85	164,71
> =21	43	445	96,63
< 24	22	160	137,50
> =24	35	370	94,59
24 - 35	26	255	101,96
Geral	57	530	107,55

NOTA: Os resultados enquadram-se entre a segunda e a mais alta ordem de nascimento; em caso de nascimento múltiplo, somente o primeiro foi incluído.

QUADRO 13

Mortalidade infantil aparente por extensão do intervalo com sobrevivência do nascimento anterior. Casamentos entre 1900 e 1950

<i>Intervalos Intergenésicos</i>	<i>Óbitos < 1ano</i>	<i>Nascimentos</i>	<i>Mortalidade Infantil</i>
< 18	9	102	88,24
> =18	27	391	69,5
< 21	15	156	96,15
> =21	21	337	62,31
< 24	18	221	81,45
> =24	18	272	66,18
24 - 35	12	168	71,43
Geral	36	493	73,02

Nota: Os resultados enquadram-se entre a segunda e a mais alta ordem de nascimento; em caso de nascimento múltiplo, somente o primeiro foi incluído.

Estes Quadros mostram que a mortalidade infantil, assim analisada, é notavelmente diferente quando um nascimento anterior sobrevive. Comparando com os Quadros 10 e 11, observamos que a mortalidade da criança subsequente, quando a anterior sobrevive, é mais baixa em todas as amplitudes intervalares de nascimento, à exceção dos espaços mais longos que acusam algum agravamento, talvez por um efeito conjugado com a idade materna. Segundo Knodel (1983: 208-229), no intervalo intergenésico se exprimiria o «impacto que causaria a amamentação no adiar do próximo nascimento, válido quando não há controlo da natalidade». Quando há alguma mestria da fecundidade, os intervalos a seguir à criança que sobrevive, manifestam essa perturbação, pelas suas variações.

Uma «habilidade» estatística para encontrar o indício da duração da amamentação e justificar os níveis de mortalidade infantil consiste, portanto, em confrontar os intervalos intergenésicos segundo o estatuto da criança precedente: a criança morreu antes do 1º mês; a criança sobreviveu ao 1º aniversário.

Tentando aproximar-nos de uma «representação» da duração da amamentação das crianças de Esporões, estabelecemos, para o 1º Período, a comparação indicada no Quadro 14.

QUADRO 14

Comparação de intervalos intergenésicos (em meses) segundo o destino da criança anterior

	Óbito < 1 mês	Sobrevivente ao ano	Diferença
Intervalo médio	18,9	30,2	11,3
Intervalo mediano	16,5	28	11,5

De acordo com Knodel (*ibidem*, 210-211), um indicador válido da duração de amamentação, em período de fecundidade não controlada, seria dado pela diferença entre os intervalos médios quando ocorre sobrevivência do nascimento anterior ao 1º aniversário e quando ocorre óbito com menos de um mês. O Quadro 14 situa as mulheres de Esporões como amamentadoras próximas dos níveis encontrados por Knodel nas aldeias de Waldeck e East Friesland, áreas de amamentação prolongada (valores próximos de 13,5 meses).

Como Patrícia Thornton e Sherry Olson (1991: 410), distinguimos as mães pela extensão do intervalo mediano: amamentadoras as que apresentam um intervalo entre nascimentos igual ou superior a 18 meses quando a criança anterior sobrevive ao 1º ano; não amamentadoras as que o reduzem. Verificamos que, em Esporões, nos séculos passados, 50% dos intervalos são superiores a 28 meses.

A amamentação parece, pois, ter sido uma prática corrente, prolongada. Daí a mortalidade das suas crianças revelar-se suave.

O Inquérito Português à Fecundidade, atrás referido, reconhecia que mulheres havia que ampliavam o período de amamentação apenas com a finalidade de espaçar as gravidezes, como uma prática contraceptiva. A lactação normalmente retarda o começo da ovulação das mães após o nascimento dos seus bebés, aumenta o período da amenorreia *post-partum* e, deste modo, estendendo o intervalo para o nascimento seguinte, é um determinante da fecundidade.

Parece, então, tornar-se evidente, que a análise da mortalidade infantil não pode ser feita de forma restrita. Protegida por uma alimentação saudável, «apartada» tarde, muitos dos problemas que lhe são inerentes transbordam para a fase juvenil. Daí, termos introduzido, uma visão mais equilibrada dos resultados ao apresentarmos globalmente a mortalidade dos 0 aos 4 anos, mortalidade infanto-juvenil, ela também mostrando-se pouco gravosa qualquer que tivesse sido a faceta por que foi revelada.

4. Conclusão

A «Metodologia de Reconstituição de Paróquias» de Maria Norberta Amorim permitiu-nos aprofundar o estudo da mortalidade. Com base nesta metodologia obtivemos uma classificação cruzada da mortalidade com a idade da mãe, paridades e intervalos de nascimento dos seus filhos.

Como a amostra é pequena mas satisfaz as qualidades mínimas, serviu-nos mais como «balão de ensaio» para outras experiências mais abrangentes: os resultados são mais indícios do que valores definitivos.

Trabalhámos uma fracção da população de Esporões: as características que lhe notámos não se aplicam, necessariamente, à maioria dos seus paroquianos. Para este subconjunto apresentámos

as relações possíveis entre mortalidade das crianças e variáveis familiares.

Pelos condicionalismos impostos pela metodologia requerida para este estudo, factores «embaraçantes», como as epidemias, podem encobrir as análises porque, à partida, não puderam ser eliminados: a morte teve os seus paroxismos no decurso de uma tão longa duração e, por certo, algum reflexo nestas crianças.

Outras variáveis importantes, como as diferenças de idade entre esposos, a consanguinidade, as condições sócio-económicas das famílias, foram, nesta primeira abordagem, deixadas de lado.

A jeito de resumo, salientamos algumas evidências reveladas pelos nossos dados empíricos. Em período de fecundidade «natural», a mortalidade neonatal e infantil denotam certa associação com a idade materna. Aquela componente da mortalidade infantil geral mostra-se mais «estável» nas famílias de média e grande dimensão.

A população contemporânea de Esporões, conhecedora de algum processo de controlar a natalidade, beneficiando de assistência materno-infantil e de melhores condições de vida, não está tão dependente do determinismo biológico como os seus antepassados. Daí estarem mais salientes as características exógenas da mortalidade dos seus filhos. Em descendências mais elevadas, acompanha a sobremortalidade do Período anterior.

As primíparas manifestam uma maior perda de bebés, possivelmente por razões endógenas.

A análise dos intervalos intergenésicos levar-nos-ia ao cerne da questão, vindo corroborar a hipótese que desde o início lançáramos da relação entre mortalidade infantil e fecundidade: acabámos por achar a variável intermédia, a amamentação. Em diferentes contextos gerais de mortalidade infantil, parecem significativas as diferenças intervalares entre os dois períodos para atingir descendências aproximadas.

Os nossos resultados, ainda que preliminares, confirmam, em esboço, os estudos levados a cabo em observações longitudinais.

Bibliografia

AMORIM, Maria Norberta, 1987, *Guimarães de 1580 a 1819. Estudo Demográfico*, Lisboa, I.N.I.C.

- AMORIM, Maria Norberta, 1991, *Uma Metodologia de Reconstituição de Paróquias*, Braga, Universidade do Minho.
- AMORIM, Maria Norberta, 1992, *Evolução Demográfica de Três Paróquias do Sul do Pico (1680-1979)*, Braga, Universidade do Minho.
- AMORIM, Maria Norberta, 1995, *Demografia Histórica. Um programa de docência*, Braga, Universidade do Minho.
- AMORIM, Maria Norberta, 1995, *Informatização Normalizada de Arquivos. Reconstituição de Paróquias e História das Populações. Um projecto interdisciplinar*, Braga, Universidade do Minho.
- BARBOSA, Maria Hermínia Vieira, 1996, «Esporões (Braga), 1590-1709. Um caso de mortalidade infantil e juvenil», in *Mulheres, Trabalho e Reprodução. Atitudes Sociais e Políticas de Protecção à Vida. Actas do III Congresso da ADEH*, Universidade do Minho, Braga-Guimarães, 22-24 de Abril de 1993, Porto, Edições Afrontamento, Vol. 2, pp. 157-192.
- BARDET, Jean-Pierre, 1983, *Rouen aux XVII^e et XVIII^e siècles. Les mutations d'un espace social*. Paris, S.E.D.E.S, pp. 273, 281, 298 e 274.
- BENGTSSON, Tommy e LUNDH, Christer, 1994, «La mortalité infantile et post-infantile dans les pays nordiques avant 1900», *Annales de Démographie Historique* 1994, pp. 23-43
- BIDEAU, Alain, e BARDET, Jean-Pierre, 1988, «La fécondité», in DUPÂQUIER, Jacques, dir., *Histoire de la Population Française*, 2, Paris, Presses Universitaires de France, pp. 349-398.
- BIDEAU, Alain e DUPÂQUIER, Jacques, 1988, «De l'importance des paramètres familiaux», in DUPÂQUIER, Jacques, dir., *Histoire de la Population Française*, 2, Paris, Presses Universitaires de France, pp. 230-232.
- BOISVERT, Mireille e MAYER, Francine M., 1994, «Mortalité infantile et consanguinité dans une population endogame du Québec», *Population*, 3, pp. 685-724.
- CANTRELLE, Pierre, LERIDON, Henri e LIVENAIS, Patrick, 1980, «Fécondité, allaitement et mortalité infantile. Différences inter-ethniques dans une même région: Saloum (Sénégal)», *Population*, 3, pp. 623-648.
- CARRILHO, Maria José, 1995, *Evolução e Tendências Demográficas em Portugal*, Instituto Nacional de Estatística, Gabinete de Estudos Demográficos, Abril de 1995.
- CHARBONNEAU, Hubert, 1970, *Tourouvre-au-Perche aux XVII^e et XVIII^e siècles. Étude de démographie historique*, Paris, INED, «Travaux et Documents», cahier n° 55, pp. 136-141, 155-158, 178-180.
- DEGIOVANNI, Patrick, DEVILLE, Jean-Claude e GUBIAN, Alain, 1984, «Répartition des familles selon le nombre des enfants: un modèle et son application à la fécondité différentielle», *Population*, 3, pp. 563-586.

- DESPLANQUES, Guy, 1986, «50 ans de fécondité en France: rangs et intervalles entre naissances», *Population*, 2, pp. 233-258.
- FAUVE-CHAMOUX, Antoinette, 1983, «La femme devant l'allaitement», *Annales de Démographie Historique* 1983, pp. 7-21.
- HENRY, Louis, 1970, *Manuel de Démographie Historique*, (2e édition), Genève - Paris, Librairie Droz.
- HENRY, Louis, 1988, *Técnicas de Análise em Demografia Histórica*, Lisboa, Gradiva.
- HOUDAILLE, Jacques, 1984, «La mortalité des enfants dans la France rurale de 1690 a 1779», *Population*, 1, pp. 77-106.
- JACQUARD, M. Albert e BODMER, M. Walter F., 1967, «La variance de la dimension des familles, selon divers facteurs de la fécondité», *Population*, 5, pp. 869-878.
- KERTZER, David I., 1992, «The Role of Culture in Historical Demographie Explanation», *International Workshop on The Decline of Infant Mortality in Europe, 1850-1950, Florence (Italy) 9-11 april 1992*.
- KNODEL, John, 1983, «Seasonal variation in infant mortality : an approach with application», *Annales de Démographie Historique* 1983, pp. 208-229.
- KNODEL, John e HERMALIN, Albert I., 1984, «Effects of Birth, Maternal Age, Birth Interval and Sibship Size on Infant and Child Mortality: Evidence from 18th and 19th Century Reproductive Histories», *American Journal of Public Health* 1984, 74 (10), pp.1098-1106.
- LEBRUN, François, s/d, *A vida conjugal no Antigo Regime*, Ed. Rolin, pp. 107-151.
- LERIDON, Henri, 1988, «Fécondité naturelle et espacement des naissances», *Annales de Démographie Historique* 1988, pp. 21-33.
- LIVI BACCI, Massimo, 1971, *A Century of Portuguese Fertility*, Princeton University Press, pp. 125-126.
- MAGAUD, Jacques e HENRY, Louis, 1967, «Le rang de naissance dans les phénomènes démographiques», *Population*, 5, pp. 879-911.
- MASUY-STROOBANT, Godeliève, 1983, «La surmortalité infantile des Flandres au cours de la deuxième moitié du XIX^e siècle. Mode d'alimentation ou mode de développement?», *Annales de Démographie Historique* 1983, pp. 231-255.
- MIRANDA, Fernando António da Silva, 1993, *Estudo Demográfico de Alvito S. Pedro e Anexa, 1967-1989*, Barcelos, Junta de Freguesia de Alvito S. Pedro.

- PERRENOUD, Alfred, 1994, «La mortalité des enfants en Europe Francophone: état de la question», *Annales de Démographie Historique* 1994, pp. 78-96.
- SCHOFIELD, S. Roger e REHER, David S., 1994, «El descenso de la mortalidad en Europa», *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XII, 1, pp. 9-32.
- SUTTER, Jean e LEDERMANN, M. Sullym, 1959, «Influence du rang de naissance sur la mortalité et les anomalies dans les familles consanguines», *Population*, 4, pp. 703-718.
- THORNTON, Patricia A. e OLSON, Sherry, 1991, «Family Contexts of Fertility and Infant Survival in Nineteenth-Century Montreal», *Journal of Family History*, 16 (4), pp. 401-417.
- VAN de WALLE, Francine, 1979, «Infant Mortality and the European Demographic Transition», in COALE, Ansley J. e WATKINS, Susan Cotts, eds., *The Decline of Fertility in Europe. The Revised Proceedings of a Conference on the Princeton European Fertility Projects*, Princeton, New Jersey, Princeton University Press, pp. 201-233.
- VANDENBROEKE, C. , VAN POPPEL, F. e VAN DER WOUDE, A. M., 1983, «Le développement séculaire de la mortalité aux jeunes âges dans le territoire du Benelux», *Annales de Démographie Historique* 1983, pp. 257-289.