



DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA

FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**A Doença Num Contexto
Sócio Económico Cultural**
Memórias e Realidades de Coimbra no Século XIX e XX

Maria Goreti Simões Correia

2012



DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA

FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

A Doença Num Contexto Sócio Económico Cultural

Memórias e realidades de Coimbra no Século XIX e XX

Dissertação apresentada à Universidade de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Antropologia Médica, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Maria Manuela Alvarez (Universidade de Coimbra).

Maria Goreti Simões Correia

2012

A satisfação está no esforço feito para
alcançar o objectivo,
e não em tê-lo alcançado.

“Ghandhi”

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta tese, fundamental para o enriquecimento do meu conhecimento científico.

À Professora Doutora Maria Manuela Alvarez, minha orientadora neste trabalho, um especial agradecimento, pelo seu apoio e orientação. Obrigada por toda a disponibilidade demonstrada, ajuda e amabilidade para com a elaboração desta dissertação.

À Professora Doutora Helena Nogueira, minha co-orientadora, o meu agradecimento pela sua orientação e apoio, neste trabalho.

Aos Professores do Mestrado de Antropologia Médica agradeço pelos conhecimentos transmitidos.

À Doutora Paula e à Doutora Fernanda do Arquivo Histórico de Coimbra, o meu muito obrigada pela disponibilidade e ajuda demonstrada.

Aos colegas de Curso o meu agradecimento pelo incentivo, apoio e troca de opiniões.

Em especial á minha filha Raquel que a privei, em vários momentos da minha presença.

A todos o meu muito obrigado.

Resumo

No virar do século XIX para o século XX, a cidade de Coimbra recebeu as primeiras instalações fabris mas não possuía as infraestruturas urbanas necessárias para proporcionar aos seus habitantes condições de salubridade. Partindo do pressuposto que as condições de vida da população influenciaram profundamente o seu estado de saúde, foi analisado o padrão de mortalidade registado nos livros de enterramento do Cemitério da Conchada, no período entre 1884 e 1910. Este cemitério foi o primeiro local de enterramento construído pelo município de Coimbra para receber os óbitos ocorridos nas freguesias de Santa Cruz, São Bartolomeu, Sé Nova e Sé Velha. Os registos de entrada dos óbitos foram acompanhados pelo sexo, idade, causa de morte, profissão e tipo de enterramento. Estas variáveis permitiram verificar, com recurso ao teste estatístico do χ^2 (Qui quadrado), que a relação entre a causa de morte e a profissão era estatisticamente significativa. O padrão de mortalidade no cemitério da Conchada caracterizou-se pelo: i) domínio das doenças infecciosas; ii) número elevado de óbitos das crianças até aos 9 anos de idade; iii) falecimento precoce nas categorias profissionais mais esgotantes e mal remuneradas, a viver em condições habitacionais desfavoráveis. As doenças infecciosas responsáveis pelo maior número de óbitos foram a tuberculose, a pneumonia, a meningite e a bronquite, mais frequentes no Inverno. No Verão, a disenteria foi a infeção bacteriana que originou maior número de óbitos. Estas características do padrão de mortalidade permitiram concluir que o estado de saúde da população das freguesias de Santa Cruz, São Bartolomeu, Sé Nova e Sé Velha, era débil, devido, sobretudo, à insalubridade das habitações e ao baixo *status* nutricional.

Palavras-Chave: Cidade de Coimbra; saúde; padrão de mortalidade; causas de morte, pobreza.

Abstract

At the turn of the 19th century to the 20th century, the city of Coimbra received its first industries but it did not have the necessary urban infrastructures to provide them with proper housing conditions. On the assumption that the population's health was deeply influenced by their poor home structures, the pattern of mortality, previously recorded in the books of burial of Conchada cemetery, was analyzed in the period between 1884 and 1910. This cemetery was the first burial site built by the municipality of Coimbra for the deaths in the parishes of Santa Cruz, São Bartolomeu, Sé Nova and Sé Velha. The data included gender, age, cause of death, occupation and type of burial. The statistical analysis by the χ^2 (Chi square) test found that the connection between the cause of death and the individuals' profession was statistically relevant. The mortality pattern of Conchada's graveyard was characterized by i) the dominance of infectious diseases, ii) the high mortality of the children under 9 years old iii) the early deaths of workers in grueling and low paying jobs. Infectious diseases were the main cause of death - tuberculosis, pneumonia, meningitis and bronchitis, more frequent in the winter. In the summer, dysentery was the bacterial infection that resulted in a greater number of deaths. These features of the mortality pattern has led to the conclusion that the state of health of the population of the parishes of Santa Cruz, São Bartolomeu, See New and old cathedral, was poor, due to the unsanitary conditions of residences and low nutritional status.

Keywords: Coimbra; health; mortality patterns, causes of death, poverty.

Índice

Agradecimentos.....	II
Resumo.....	III
Abstract.....	IV
Índice de Figuras.....	VI
Índice de Tabelas.....	VII
Introdução	
1. O modelo biocultural.....	1
2. Urbanismo, urbanização, saúde e biologia humana.....	2
3. Objetivo do trabalho.....	4
Contexto teórico científico	
1. Coimbra – a sua caraterização.....	6
2. O Cemitério da Conchada.....	8
3. Higienização e salubridade no virar do século.....	9
4. O saneamento e os progressos em Coimbra.....	11
5. Material e Métodos.....	12
5.1. População, amostra.....	12
5.2. Métodos numéricos.....	13
Resultados e Discussão	
1. Mortalidade por sexo e por classe etária.....	16
2. As desigualdades sociais e a mortalidade.....	22
3. A mortalidade infantil.....	29
4. Paludismo e febres intermitentes.....	34
5. Sazonalidade.....	37
6. Evolução dos óbitos entre 1884 e 1910.....	40
Conclusão.....	45
Bibliografia.....	47
Anexos.....	56

Índice de Figuras

- Figura 1. Estudante e Tricana de Coimbra *in* Imagoteca.
- Figura 2. Coimbra nos finais do século XIX *in* Imagoteca.
- Figura 3. Aguadeiras no Rio Mondego *in* Imagoteca.
- Figura 4. As lavadeiras no Rio Mondego *in* Imagoteca.
- Figura 5. Avenida Navarro. Coimbra, 1904 *in* Imagoteca.
- Figura 6. Praça 8 de Maio, em 1900. *in* Imagoteca.
- Figura 7. Representação gráfica do número de óbitos por sexo e por classe etária observados no Cemitério da Conchada no período entre 1884 e 1910.
- Figura 8. Representação gráfica das causas de morte, por classe etária, observadas no Cemitério da Conchada no período entre 1884 e 1910.
- Figura 9. Causas de morte por sexo.
- Figura 10. Distribuição dos óbitos por profissão.
- Figura 11. Distribuição dos óbitos por tipo de enterramento.
- Figura 12. Distribuição dos óbitos por tipo de enterramento, em cada categoria de classe social.
- Figura 13. Distribuição dos óbitos por profissão e causa de morte.
- Figura 14. Doentes em repouso no Hospital de Celas, Coimbra.
- Figura 15. Número de óbitos por classe etária.
- Figura 16. Principais causas de morte das crianças até aos 9 anos de idade.
- Figura 17. Mortalidade Infantil e Natalidade em Portugal, de 1900 a 1910.
- Figura 18. Distribuição de óbitos do paudismo através das profissões, no Cemitério da Conchada.
- Figura 19. Distribuição de óbitos por paludismo entre 1884 e 1908, no Cemitério da Conchada.
- Figura 20. Sazonalidade dos óbitos entre 1884 e 1889.
- Figura 21. Sazonalidade dos óbitos entre 1900 e 1904.
- Figura 22. Sazonalidade dos óbitos provocados por pneumonia, tuberculose e disenteria.
- Figura 23. Sazonalidade dos óbitos provocados por doenças cardiovasculares.
- Figura 24. Total de óbitos do Cemitério da Conchada, entre 1884 e 1910.

Figura 25. Comparação dos óbitos do Cemitério da Conchada, para os anos de 1889 e 1906, referente a algumas doenças.

Figura 26. Comparação dos Óbitos dos 0 aos 9 anos com o total de óbitos, no período de 1884 e 1910, no Cemitério da Conchada.

Figura 27. Mortalidade e Natalidade em Coimbra, por 1000, no período de 1887-1991ra inundada.

Figura 28. A Baixinha de Coimb Mortalidade e Natalidade em Coimbra, por 1000, no período de 1887-1991ra inundada.

Índice de Tabelas

Tabela I. Percentagem de óbitos por tipo de enterramento entre 1884 e 1919 no Cemitério da Conchada (adaptado de Catroga, 1999).

Tabela II. Número de enterramentos expresso em percentagem de homens e mulheres divididos por classe etária.

Tabela III. Longevidade do Concelho de Coimbra, em 1900. Nesta tabela, a longevidade é expressa pelo número de indivíduos sobreviventes nas classes etárias mais avançadas.

Tabela IV. Idade média à morte e mediana por categoria profissional, expressas em anos.

Tabela V. Mortalidade por classe etária expressa em valores de frequência absoluta e

Introdução

1. O modelo biocultural

A população humana é uma entidade multidimensional que pode ser estudada de muitas perspectivas diferentes. Cada população tem: i) uma dinâmica demográfica própria, resultante do balanço entre nascimentos, óbitos e migração; ii) um fundo genético particular, resultante da sua história e da sua relação com o meio ambiente; iii) uma organização social única e um universo cultural e religioso característico. Todas estas dimensões podem ser estudadas separadamente, nas áreas da Demografia, da Genética das Populações Humanas e da História, da Ecologia Humana e da Sociologia, respectivamente. Porém, para compreender a evolução das populações humanas ao longo do tempo é necessário analisar todos os factores que influenciaram o desenvolvimento da população como um todo, numa perspectiva abrangente. Esta abordagem designa-se, genericamente, por modelo bio-cultural (Macbeth e Collinson, 2002).

O modelo bio-cultural analisa os acontecimentos biológicos observados nas populações humanas como o resultado biológico de processos sociais e culturais (Bogin, 2001). Um destes acontecimentos é a saúde. A saúde da população é uma unidade complexa que pode ser analisada e quantificada de muitas maneiras possíveis, uma delas é a mortalidade. A mortalidade tem sido considerada a medida mais objectiva e fiável da saúde da população (Edwards, 2008). De acordo com o modelo bio-cultural, as causas da mortalidade podem ser divididas em duas categorias, causas próximas e causas últimas. As causas próximas estão relacionadas com as doenças e outros riscos de morte a que as pessoas estão sujeitas. Estas causas estão associadas a processos internos, intrínsecos a cada indivíduo, tais como, a sua constituição genética ou a vulnerabilidade do seu sistema imunitário às infecções. As causas últimas são externas aos indivíduos e estão relacionadas com a qualidade do ambiente biosocial onde vivem. A tuberculose, por exemplo, é uma causa próxima de mortalidade em muitas populações actuais e do passado. É uma doença infecciosa causada por uma bactéria, o *Mycobacterium tuberculosis*. Em Portugal, no início do século 20, foi responsável por um elevado número mortes causadas por doenças infecciosas. O seu contributo para a mortalidade geral foi de 30 a 40 %. Porém, a bactéria que causa a tuberculose, por si só, não explica a grande mortalidade que provocou. Neste período, a população Portuguesa concentrada nas cidades vivia em casas pequenas, pouco arejadas, sem saneamento básico, nem água canalizada. O rendimento do trabalho era baixo, bem como o nível educacional da população. A pobreza, juntamente com a falta de cuidados de saúde

primários, constituíram a primeira linha das causas últimas de morte por tuberculose. A segunda linha das causas últimas foi um sistema político que manteve a população na pobreza e na ignorância.

2. Urbanismo, urbanização, saúde e biologia humana

“As cidades são uma expressão da natureza social dos seres humanos, da sua abordagem colectiva para satisfazer as necessidades básicas e do seu engenho cultural e tecnológico ” (McMichel, 1999). Este tipo de organização social apareceu somente nos últimos 8 mil anos, o que corresponde a 1/20 do tempo de existência do homem anatomicamente moderno (Greenwood, 2009). O advento do trabalho agrícola intensivo, com o pagamento de impostos sobre os lucros e a estruturação da propriedade conduziu ao desenvolvimento de sociedades centralizadas e hierarquizadas, com elites de legisladores, padres, soldados, burocratas e técnicos. Gradualmente, as cidades transformaram-se nos centros de governação, de cultura e de educação. Porém, muito dependentes da riqueza produzida nas zonas rurais.

Nos séculos XIX e XX surgiram, nos países ocidentais, as primeiras fábricas. As instalações industriais foram implantadas nas cidades devido à necessidade de mão-de-obra, transformando-as em polos de emprego. A migração laboral subsequente conduziu à necessidade de reorganização do espaço e das habitações, de modo a alojar muitas mais pessoas no mesmo espaço, e à criação de infra-estruturas de apoio, tais como, escolas, hospitais, redes de fornecimento de água canalizada e de saneamento básico. Ou seja, a industrialização conduziu à urbanização das cidades. Por ser muito recente, a vida na cidade, ou seja, o urbanismo, não pode ter contribuído para a evolução biológica da população, porém, introduziu alterações importantes na sua dinâmica.

O Reino Unido foi o primeiro país da Europa a ser industrializado. Este processo iniciou-se no ano 1800. Em 1850 era o país mais urbanizado do mundo, apesar de quase dois terços da sua população viver no campo (McMichel, 1999). No final do século XIX, o processo de industrialização disseminou-se pelo continente Europeu, altura em que se observaram modificações significativas na demografia da população. A mortalidade, que era muito elevada, começou a diminuir, particularmente a das crianças, e, conseqüentemente, a

esperança média de vida começou a aumentar. O padrão de mortalidade também se alterou. Passou de um padrão dominado pelas doenças infecciosas para um outro, dominado por doenças não infecciosas – a “transição epidemiológica” (McMichel, 1999). Em termos económicos, as cidades deixaram de ser dependentes da riqueza produzida nos campos e tornaram-se centros geradores de riqueza nacional. A combinação destes dois processos levou ao crescimento acelerado da população urbana ao longo de todo o século XX.



Figura 1. O Estudante e a Tricana de Coimbra. *in* Imagoteca.

3. Objetivos da presente investigação

O objectivo principal da presente dissertação foi avaliar o estado de saúde da população da cidade de Coimbra, no período de transição entre os séculos XIX e XX, mais concretamente, desde 1884 até 1910. O padrão de mortalidade registado nas freguesias de Santa Cruz, São Bartolomeu, Sé Nova e Sé Velha, observado no livro de registos de enterramento do Cemitério da Conchada, foi utilizado como indicador do estado de saúde da população.

A causa de morte, o sexo, a idade, a profissão e o tipo de enterramento foram as variáveis escolhidas para detectar desigualdades de sexo e de género, e desigualdades sociais, definidas pela profissão e pelo tipo de enterramento. Foi também analisada a variação sazonal dos óbitos totais e dos óbitos provocados por algumas patologias – a tuberculose, a pneumonia, as disenterias e as doenças cardiovasculares.

A avaliação estatística das desigualdades observadas no padrão de mortalidade por sexo, idade, categoria profissional, tipo de enterramento e mês do óbito, foi efectuada através do teste χ^2 (Qui Quadrado) no programa informático SPSS.

Contexto Teórico Científico

1. Coimbra - a sua caracterização espacial e social

No final do século XIX, Coimbra era descrita como uma “cidade antiga, situada na margem direita do Mondego, com uma malha urbana densa, recortada por ruas, ruelas, becos e quelhas, estreitas e tortuosas, com as casas acastelando-se encosta acima; ou amontoando-se na parte baixa, mais insalubre, e á mercê das inundações do rio Mondego” (Mota, 2010). Campos verdes, hortas e quintais surgiam pelo meio do casario denunciando um meio citadino heterogéneo, metade urbano - metade rural, com uma população que dependia muito da agricultura.

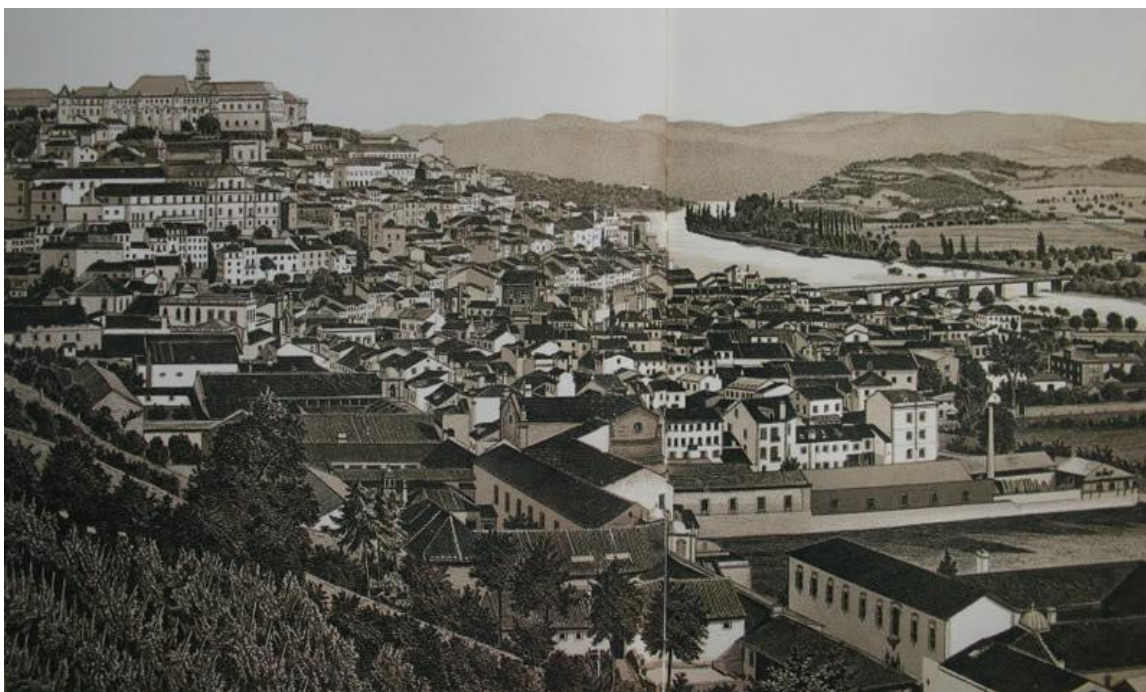


Figura 2 – Coimbra nos finais do século XIX.

Numerosos mosteiros e colégios ocupavam uma grande área citadina. A universidade, a principal instituição científica do país, permitiu à cidade desenvolver-se como um centro cultural e de produção científica, atraindo estudantes de todo o país. (Vaquinhas, 1995). No final do século XIX surgiram as primeiras instalações industriais, edificadas na parte baixa da cidade. O advento da industrialização obrigou a algum planeamento urbano nas áreas de construção das fábricas que foi, posteriormente, alargado às zonas da universidade e do hospital. Porém, o plano de urbanização da cidade foi criado anos mais tarde, em meados do século XX pelo arquitecto urbanista De Groer.

Na viragem do século, o meio industrial coimbrão era constituído por oficinas e pequenas fábricas (Mendes, 1981). Esta actividade conduziu ao aparecimento de novas profissões, nomeadamente, empresários, quadros técnicos e operários. A acumulação de funções diversas dentro das empresas era frequente neste período. Muitos empresários investiam o capital, geriam as fábricas e contribuía com mão-de-obra. Esta situação poderá ter contribuído para o reduzido número de operários contabilizados no concelho em 1847 (65 operários), em 1896 foram contabilizados 400 e em 1912, 2630 (Mendes, 1981). Jornaleiros, trabalhadores, criados, lavadeiras e artesãos constituíam a principal força de trabalho. Os professores, os estudantes e de mais pessoas de estatuto social elevado, tais como, os advogados, os médicos e os proprietários concentravam-se na Alta. Os negociantes, os mercadores, a gente de ofícios e serviços concentravam-se na parte mais baixa da cidade (Mota, 2010).

Os operários e os trabalhadores, alguns vindos das zonas rurais dos arredores da cidade, instalaram-se em casas abandonadas pela aristocracia que as subdividiu e alugou. A concentração de várias famílias em espaços habitacionais subdimensionados provocou uma densificação das áreas habitacionais, aumentando a insalubridade (Mota, 2010). Os estudantes alugavam quartos em casas de famílias ou ocupavam casas independentes, consoante a sua capacidade económica. Os mendigos, os órfãos, os pobres e asilados recebiam apoio do clero e das ordens religiosas que viviam nos vários colégios e mosteiros distribuídos pela cidade. No extremo oposto da hierarquia social, a burguesia, usufruía do privilégio de poder ocupar mais do que uma morada (Mota, 2010).

Entre 1884 e 1910, as condições habitacionais, particularmente, a carência de habitação, constituíam um grave problema para a população. A falta de higiene e a sobrelotação dos alojamentos, o desconforto, tanto no campo como na cidade, eram a expressão das desigualdades sociais que se traduzia nos elevados níveis de morbilidade. Segundo Ricardo Jorge “a salubridade urbana constitui a grande chave do problema da redução da morbilidade e da mortalidade” (*in* Matias, 2002).

O espaço hospitalar constituiu uma das principais preocupações das Misericórdias, não pela presença de muitos doentes, mas também pela necessidade de estabelecer regras, isolando mais “os enfermos” e criando condições para um melhor restabelecimento.

À medida que o século XIX avança, o espaço hospitalar transforma-se num lugar mais especializado, reservado a doentes e a prestadores de cuidados de saúde, deixando de ser um espaço de caridade, para ser um espaço mais consagrado no tratamento da doença (Simões, 1888). Na cidade de Coimbra, o hospital era constituído por vários hospitais e designados por

hospitais da universidade de Coimbra, e funcionavam em vários edifícios diferentes consoante as especialidades (Boletim, 1931). O hospital dos Lázarus, era o hospital, onde eram internados os doentes com doenças infecciosas, nomeadamente, a tuberculose, a sífilis, a lepra. (Santos, 1999 in Olivier, 1999), onde os doentes eram isolados, dado que a cura da tuberculose privilegiava o repouso, ares puros e boa alimentação.

2. O Cemitério da Conchada

Na segunda metade do século XIX, o enterramento dos mortos deixou de ser feito no chão das igrejas. Uma lei de 1835, elaborada por Rodrigo da Fonseca Magalhães, determinou que os mortos deixassem de ocupar as igrejas, os conventos, as ermidas e outros espaços religiosos, por se considerar que representavam uma ameaça para a saúde das populações devido, sobretudo, ao perigo de disseminação de epidemias (*in* Conimbricense, 1884). Esta lei obrigou à construção de cemitérios públicos em todo o país e enfrentou grande resistência por parte do povo (*in* Conimbricense, 1884) que via o cemitério como um local de “exílio dos mortos” (Catroga, 1999). Para afastar o perigo de contágio, os cemitérios deveriam ser construídos fora das povoações, em lugares altos, ventilados pelo vento e cercados por muros altos.

De acordo com as leis dos cemitérios, todos os cidadãos tinham direito a uma sepultura, garantindo funeral gratuito para quem não podia pagar (Catroga, 1999). Porém, os novos cemitérios modelaram-se à estratificação da sociedade dos vivos. Na sua organização espacial surgiram três disposições ou locais de enterramento: i) o primeiro para jazigos; ii) o segundo para sepulturas rasas e iii) o terceiro para valas gerais ou valas comuns. Os mais privilegiados, detentores de poder económico e social, eram enterrados em jazigos. A vala geral era o destino dos pobres e “sem eira nem beira” (Catroga, 1999).

O cemitério da Conchada foi edificado em 1860 com o objetivo de acolher os óbitos ocorridos nas freguesias de São Bartolomeu, Santa Cruz, Sé Nova e Sé Velha. A Tabela I mostra a percentagem de óbitos por tipo de enterramento entre 1884 e 1919. Esta distribuição fornece uma paisagem da estratificação social do conjunto destas freguesias da cidade. Em 1884, 28% das paróquias do concelho de Coimbra não tinha ainda cemitério; em 1889, 13 % e em 1903 apenas 5% (Catroga, 1999).

Tabela I. Percentagem de óbitos por tipo de enterramento entre 1884 e 1919 no Cemitério da Conchada (adaptado de Catroga, 1999).

Tipo de Enterramento	1884-1889	1890-1899	1900-1909	1910-1919
Jazigos	8,7%	10,9%	12,6%	10,5%
Sepulturas rasas	47,8%	44%	46,7%	53%
Vala Comum	43,5%	45%	40%	45,8%

3. Higienização e Salubridade no virar do século

Nos finais do século XIX, há uma nova consciencialização para a higiene pública e privada, a fim de tentar influenciar a longevidade e melhorar as condições de vida das populações. O seu ensino fazia-se na Faculdade de Medicina de Coimbra, ainda que em acumulação com outras disciplinas, a higiene era assunto lato que compreendia o saneamento da cidade, a qualidade das águas e da alimentação, a limpeza das habitações, do vestuário e dos corpos (Garnel, 2009).

A inexistência de um sistema de esgotos eficaz, as condições de promiscuidade e sujidade existentes na sociedade oitocentista e a má localização dos cemitérios e matadouros, conduziu a uma necessidade de reformulação do espaço urbano.

Na verdade a falta de água contribui para a falta de higiene das populações, o que tornou a cidade insalubre. Estas dificuldades faziam-se sentir na lavagem das ruas, onde muita sujidade se acumulava, como resultado da deficiente remoção de lixo, assim como nos hospitais, nas prisões e nos matadouros.

Foram feitos esforços em transformar a cidade, as condições e hábitos de vida dos seus habitantes, como o saneamento da cidade e habitações. Problemas este que só muito lentamente foi sendo resolvido.

Através do apelo dos higienistas para a “chamada de atenção” para a higiene pública e privada, esta começou lentamente a tomar lugar, na vida das pessoas. Como diz Georges Vigarello “a higiene já não é o adjetivo que qualifica a saúde, mas o conjunto dos dispositivos e dos saberes que favorecem a sua conservação” (Vigarello, 1988). Só nos finais do século XIX se começou a usar o sabão e o banho como forma de limpeza do corpo. Muitos pudores

tiveram que ser ultrapassados, nomeadamente, a nudez. Durante muito tempo apenas havia bacias para a limpeza das mãos e do rosto. Os cabelos raramente eram lavados, e poucas eram as habitações que tinham casa de banho. Só na segunda metade do século XIX se generaliza o hábito do banho e a mudança de roupa, nas classes sociais mais abastadas. “A limpeza é a base da higiene, pois consiste em afastar de nós toda a sujidade” (Vigarello, 1988). Mas, ainda se questionava sobre a prática de o banho ser imoral. O pudor das populações estava no desnudamento dos corpos exigido na limpeza. O banho começou por ter um papel explicitamente higiénico. No entanto, os mais pobres e mais expostos são os que menos recorriam às regras de higiene.

Segundo Michel Foucault “salubridade não é a mesma coisa que saúde, e sim o estado das coisas, do meio e seus elementos constitutivos, que permitem a melhor saúde possível”. (Foucault, 2005). Por isso, a defesa da salubridade iria ser feita a dois níveis: laboral e habitacional.

Portanto, um insatisfatório sistema de esgotos, a falta de água potável e as más condições de alojamento e de higiene foram os principais fatores da insalubridade de Coimbra oitocentista.



Figura 3. Aguadeiras no Rio Mondego. *in* Imagoteca.

4. O Saneamento e os progressos em Coimbra

Coimbra sentiu em Oitocentos profundas transformações. Numa primeira fase, sofreu as Invasões Francesas aquando da ocupação da cidade por as tropas de Junot e Massena, posteriormente a guerra civil entre absolutistas e liberais e, na década de trinta, a extinção das ordens religiosas retirou à cidade grande parte das casas religiosas que então dispunha. Na segunda metade do século XIX, Coimbra recuperaria o alento perdido. Em 1856 surge o telégrafo eléctrico e a iluminação a gás; em 1864, é inaugurado o caminho-de-ferro e; em 1875, constrói-se a ponte férrea. Temos assim no final do século, uma cidade pré-industrial.

O deficiente sistema de saneamento existente em Coimbra nos finais do século XIX contribuiu para a insalubridade urbana da cidade, constituindo um problema grave para a morbilidade e mortalidade da população (Jorge, 1913). Segundo Mendes um dos argumentos utilizados na introdução do abastecimento de água ao domicílio a Coimbra, em 1889, era o de que as mulheres que iam ao Mondego buscar água, a encontravam “conspurcada”, devido à actividade das lavadeiras junto aos locais de recolha. No final do século XIX, a maior parte da população de Coimbra ainda não dispunha de água canalizada. Abasteciam-se nos fontanários, poços e rio onde a qualidade da água era muitas vezes duvidosa.

A cidade de Coimbra debatia-se nos anos 1860-1880 com carências desta ordem, o que se tornava imperioso tomar medidas na instalação de um adequado sistema de água. Em 1887, inicia-se a segunda fase no processo que conduz ao abastecimento de água a Coimbra (Mendes, 2007). Os trabalhos começaram pouco tempo depois, ou seja, ainda no primeiro semestre de 1888 e no final daquele ano iniciavam-se as obras para a instalação de canalizações em diversas ruas da Baixa e da Alta e também as bocas de incêndios. Em Maio de 1889, Coimbra vê finalmente chegar o tão esperado melhoramento que é o abastecimento de água pelos métodos modernos.

Contudo, esta situação tende a não perdurar por muito mais tempo e nas décadas seguintes a rede de abastecimento de água a Coimbra foi-se alargando proporcionalmente ao crescimento da população e ao desenvolvimento da área urbana. As canalizações prosseguem nos anos seguintes de um modo lento (Mendes, 2007).



Figura 4. As lavadeiras no Rio Mondego. *in* Imago-teca.

5. Material e Métodos

As fontes documentais básicas utilizadas na investigação deste trabalho foram os livros de registo de enterramentos do Cemitério da Conchada de 1884 a 1910 e livros de recenseamento e outras publicações impressas e jornais da época.

5.1. Constituição da amostra

No presente estudo foram analisados 6074 óbitos do sexo masculino (47,80%), 5800 óbitos do sexo feminino (45,70%), 728 recém-nascidos (5,80%) e 87 nados mortos (0,70%), distribuídos por 12 meses em cada um de 27 anos consecutivos, entre 1884 e 1910, perfazendo um total de 12700 óbitos. Estes 12700 óbitos foram distribuídos por i) classes etárias, com intervalos de 10 anos; ii) sexo; iii) profissão; iv) causa de morte e v) tipo de enterramento.

Foram registadas 182 profissões, posteriormente, agrupadas em 6 categorias: i) clero e burguesia; ii) funcionários públicos; iii) operários e artesãos; iv) criadas e lavadeiras; v) jornaleiros e por último vi) os mendigos. No caso das mulheres, cuja profissão está, na maioria dos casos, ausente dos registos, o pronome de tratamento Dona foi utilizado para as colocar no nível socioeconómico da burguesia. A lista completa das profissões e dos códigos a elas atribuídos para análise estatística no SPSS estão discriminadas em anexo.

Observaram-se 122 doenças referenciadas como causas próximas ou primárias de morte que foram, posteriormente, divididas em 4 categorias de acordo com a classificação de René Sand, adoptada no Boletim dos Hospitais da Universidade de Coimbra de 1941: i) causas externas (homicídios, suicídios, acidentes e intoxicações); ii) causas infecciosas ou parasitárias (peste, cólera, febre amarela, tifo, disenteria, difteria, impaludismo, coqueluche, sarampo, escarlatina, gripe, poliomielite, encefalite epidémica, meningite, tuberculose, sífilis, fleimão, laringite, peritonite, tétano, gangrena, garrotilho, pneumonia, gastroenterite, papeira, amolecimento cerebral, etc.); iii) causas orgânicas e degenerativas (mortalidade materna, eclampsia e debilidade congénita ao nascer, enterites, alcoolismo e cirrose, doenças de nutrição, escorbuto, raquitismo, diabetes, cancro, nefrite, hidrocefalia, doenças do coração, etc.); e iv) outras (reumatismo muscular, anasarca, mielite, traumatismos, asfixia, paralisia, edemas, alienação mental, doenças da pele, doenças do útero, flebite, etc.) (em anexo). As doenças mal definidas ou sem diagnóstico foram caracterizadas numa categoria específica – sem diagnóstico.

Dado que a maioria dos óbitos com idades iguais ou inferiores a 28 dias, não apresentava o sexo discriminado, optou-se por inclui-los a todos numa única categoria de recém-nascidos, sem diferenciação por sexo. Os nados mortos foram também incluídos numa única categoria sem diferenciação por sexo.

5.2. Métodos Numéricos

Cada registo de enterramento, juntamente com as características sociodemográficas a ele associadas - o sexo, a idade, a profissão, a causa de morte e o tipo de enterramento, foram introduzidos no programa informático SPSS perfazendo um total de 63500 células.

A distribuição de frequências absoluta e relativa, e as medidas de tendência central foram calculadas no programa SPSS.

A avaliação estatística das desigualdades observadas no padrão de mortalidade por sexo, idade, categoria profissional, tipo de enterramento e mês do óbito, foi efectuada através do teste χ^2 (Qui Quadrado) no programa informático SPSS. O nível de significância usado para definir os limites de rejeição da hipótese nula foi de 0,05 ($\alpha = 0,05$).



Figura 5. Avenida Navarro, Coimbra em 1904 *in*. Imagoteca.

Resultados e Discussão

1. A Mortalidade por sexo e classe etária

A diferença entre os sexos é, provavelmente, a desigualdade mais fundamental da mortalidade humana (Hinde, 2011). Na maioria das populações actuais, as mulheres apresentam uma esperança média de vida superior à dos homens. Historicamente, esta disparidade surgiu na Europa e na América do Norte durante a segunda metade do século XIX e continuou a acentuar-se durante o século XX. Desde há muito tempo que o entendimento das causas desta diferença entre homens e mulheres constitui um desafio para a Antropologia, tanto para a Antropologia Física como para a Antropologia Social.

A Antropologia Física tem procurado explicar as diferenças de sexo com base em causas internas, nomeadamente, na constituição do genoma e na fisiologia do organismo humano. Muitas doenças e outras características fenotípicas com uma forte associação genética têm prevalência diferente nos 2 sexos, nomeadamente, as doenças auto-imunes, as endocrinopatias, e a longevidade. Nas mulheres, são mais frequentes, a longevidade, a artrite reumatóide e o hipotiroidismo, por exemplo. Enquanto as doenças cardiovasculares, a hipercolesterolemia e o ataque isquémico são mais comuns nos homens. Estas observações não significam, necessariamente, que uma variante genética específica tem um efeito diferente consoante o sexo do organismo. Para a maioria das variantes autossómicas, apenas algumas interagem com o sexo. Porém, dado que a informação relativa ao sexo está sempre disponível nos estudos de morbilidade e mortalidade, é fácil testar se este tem alguma influência no efeito genético. Um trabalho de revisão relativamente recente detectou falta de consistência nas associações descritas entre o sexo e certas doenças genéticas (Patsopoulos *et al.*, 2007).

As diferenças neurológicas entre homens e mulheres também podem explicar a maior incidência de acidentes nos óbitos do sexo masculino. Foi sugerido um padrão de fraca regulação motora e cognitiva mais comum nos homens (Kraemer 2000) (pervasive pattern of poor motor and cognitive regulation (Kraemer 2000)). Porém, externamente, os homens “escolhem” profissões que os expõem a um maior risco de acidente. Por exemplo, os homens dos estratos sociais mais baixos dedicam-se a trabalhos mais pesados, incluindo o manuseamento de máquinas, e com maior risco de acidentes ou outras ameaças à integridade física. O meio socio-cultural das populações e dos indivíduos que nelas vivem assume, por isso, grande importância na compreensão da variação dos padrões de morbilidade e mortalidade humanas.

Quando se analisam as diferenças na biologia de homens e mulheres num contexto socio-cultural, torna-se necessário considerar o género. Para os antropólogos, o sexo e o género são dois conceitos diferentes que traduzem aspectos diferentes da experiência humana (Pollard e Hyatt, 1999). O “sexo” refere-se à constituição genética e hormonal do indivíduo e ao desenvolvimento subsequente de características físicas secundárias que o colocam numa de duas categorias mutuamente exclusivas: i) o macho, portador do par de cromossomas XY; e a ii) fêmea, portadora do par de cromossomas XX. Esta dicotomia mantém-se apesar de ser conhecida uma variação biológica considerável em torno do par de cromossomas número 23. Alguns indivíduos são XXY, por exemplo, não cabendo em nenhuma das categorias acima referidas. O termo “género” tem uma aplicação mais abrangente, dado que varia consoante o papel social e cultural, e consoante os valores e os comportamentos que as várias sociedades humanas espalhadas pelo mundo atribuem aos homens e aos rapazes, às raparigas e às mulheres (Pollard e Hyatt, 1999).

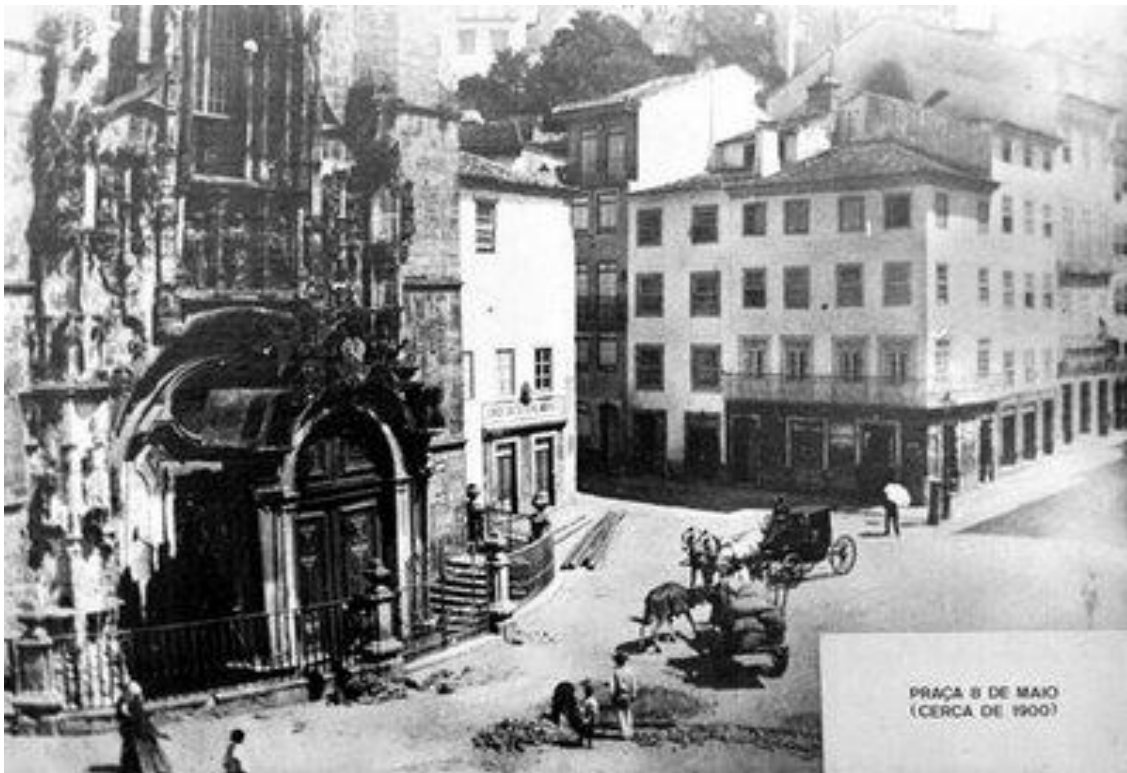


Figura 6. Praça 8 de Maio, em 1900. *in* Imagoteca.

A construção social do género criou riscos e protecções diferentes, produziu diferentes comportamentos perante a doença, influenciou o valor social do doente e originou diferentes prioridades no tratamento (Lorber, 1997 *in* Pollard e Hyatt, 1999). Através deste processo, os diferentes papéis sociais de homens e mulheres criaram diferentes riscos de mortalidade e de acesso à saúde. Hart (1989), por exemplo, sugeriu que a divergência crescente na esperança média de vida dos homens e das mulheres na Europa, nos últimos 100 anos, pode ser explicada, em parte, pelo maior acesso dos homens aos recursos económicos. Por serem o elemento da família que ganha um salário podem despende dinheiro em certos luxos, tais como, o álcool e os cigarros. Este luxo está na origem das doenças do fígado e do cancro do pulmão que podem ser associadas ao estilo de vida dos indivíduos.

A interacção entre o estilo de vida e a resposta biológica é complexa. Por exemplo, alguns estudos sugerem que os organismos das mulheres e dos homens reagem de maneira diferente ao stress enquanto resposta fisiológica. Os estrogénios apresentam níveis de produção superior em mulheres que vivem em sociedades industrializadas comparativamente ao das mulheres de sociedades tradicionais. Esta hormona produzida pelos ovários protege as mulheres das doenças cardiovasculares e o seu nível, relativamente mais baixo nos homens, pode contribuir para o aumento do risco de doença cardiovascular. Esta é uma diferença associada ao sexo, ditado pela constituição do par de cromossomas número 23 e pelas diferenças fisiológicas a ela associadas. Porém, a diferença na exposição a situações causadoras de stress é uma consequência dos papéis sociais associados ao género e da estratificação da sociedade. Os homens dos estratos sociais mais baixos dedicam-se, geralmente, a trabalhos mais perigosos, menos valorizados socialmente e, conseqüentemente, menos remunerados e com maior risco para a integridade física.

Nos livros do Cemitério da Conchada observou-se um número de enterramentos de indivíduos do sexo masculino (47,80%) superior ao do sexo feminino (45,70%). Um exame mais detalhado do padrão de mortalidade por sexo e por classe etária mostrou que os rapazes apresentaram uma mortalidade superior nos primeiros anos de vida. Esta disparidade tornou-se mais acentuada nas classes etárias seguintes e manteve-se até à classe dos 50 aos 59 anos. A partir dos 60 anos, o número de enterramentos do sexo feminino ultrapassou o dos homens acentuando-se, significativamente, nas classes etárias seguintes (Tabela II e Figura 7).

Tabela II. Número de enterramentos expresso em percentagem de homens e mulheres divididos por classe etária.

Classes Etárias	Homens	Mulheres
0 a 9	40,70%	36,60%
10 a 19	57,20%	42,50%
20 a 29	57,20%	42,80%
30 a 39	57,60%	42,40%
40 a 49	56,30%	43,70%
50 a 59	51,40%	48,60%
60 a 69	46,10%	53,90%
70 a 79	38,80%	61,20%
80 a 89	21,00%	79,00%
mais de 90	9,10%	90,90%

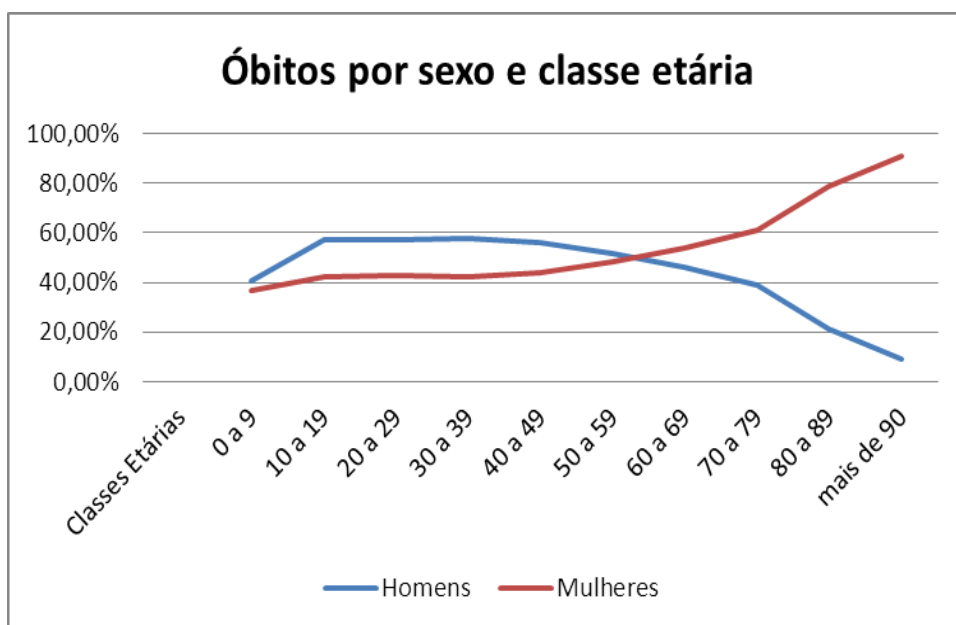


Figura 7. Representação gráfica do número de óbitos por sexo e por classe etária observados no Cemitério da Conchada no período entre 1884 e 1910.

A idade média à morte dos homens foi 38 anos (desvio padrão $\sigma = 27,4$) e a das mulheres 43 anos (desvio padrão $\sigma = 29,4$). A elevada mortalidade registada nos primeiros anos de vida contribuiu muito para este valor médio. Porém, no caso dos homens, a mortalidade dos adultos jovens entre os 20 e os 40 anos foi também muito acentuada (Figura 7). As infecções bacterianas, nomeadamente, a tuberculose, a meningite e a bronquite, constituíram a principal causa de morte dos 0 aos 9 anos, seguidas pelas gastroenterites e debilidades congénitas. A tuberculose permaneceu como principal causa de morte por infecção bacteriana até aos 49 anos de idade (Figura 8).

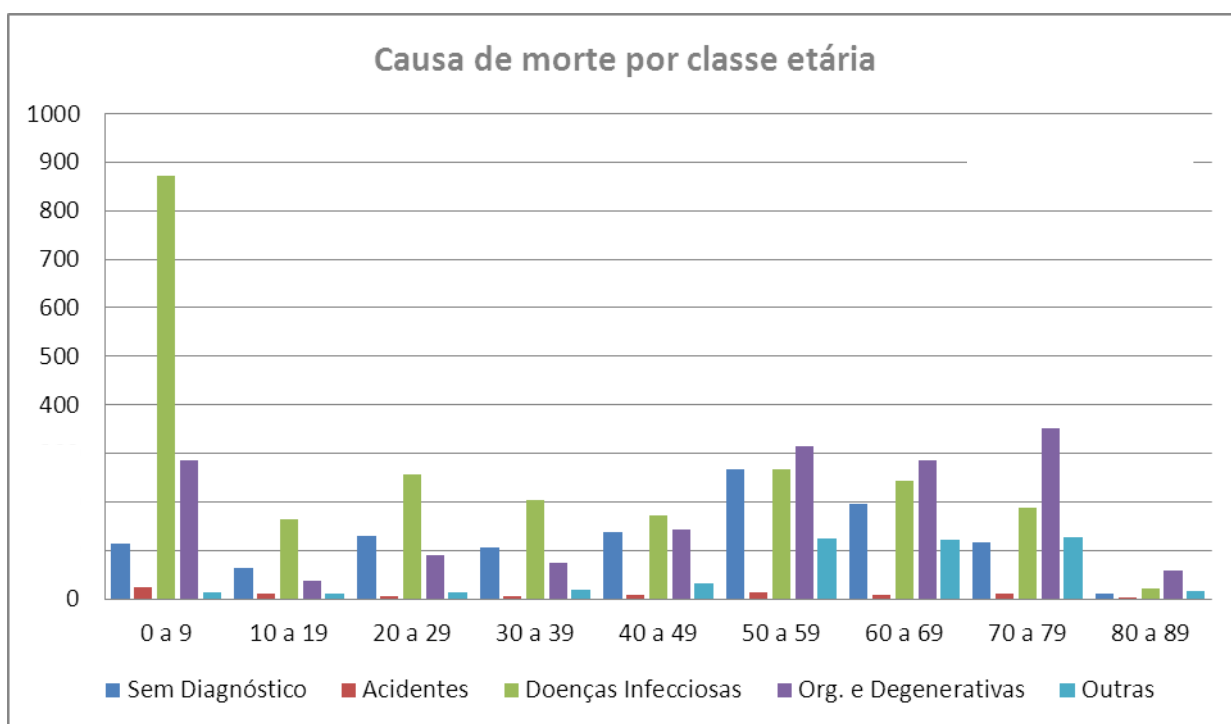


Figura 8. Representação gráfica das causas de morte, por classe etária, observadas no Cemitério da Conchada no período entre 1884 e 1910.

A análise das causas de morte por sexo (Figura 9) revelou que as doenças infecciosas foram a principal causa de morte para homens e mulheres. Porém, os homens foram mais vulneráveis às infecções bacterianas (tuberculose e pneumonia) e menos às doenças orgânicas e degenerativas. É também na categoria dos homens que se observou uma percentagem maior de óbitos sem causa discriminada. No caso das mulheres, as doenças associadas à gravidez e parto, incluídas na categoria das doenças orgânicas e degenerativas, foram responsáveis por

muitos óbitos. Porém, a tuberculose e a pneumonia lideraram nas mulheres jovens e adultas até aos 49 anos de idade.

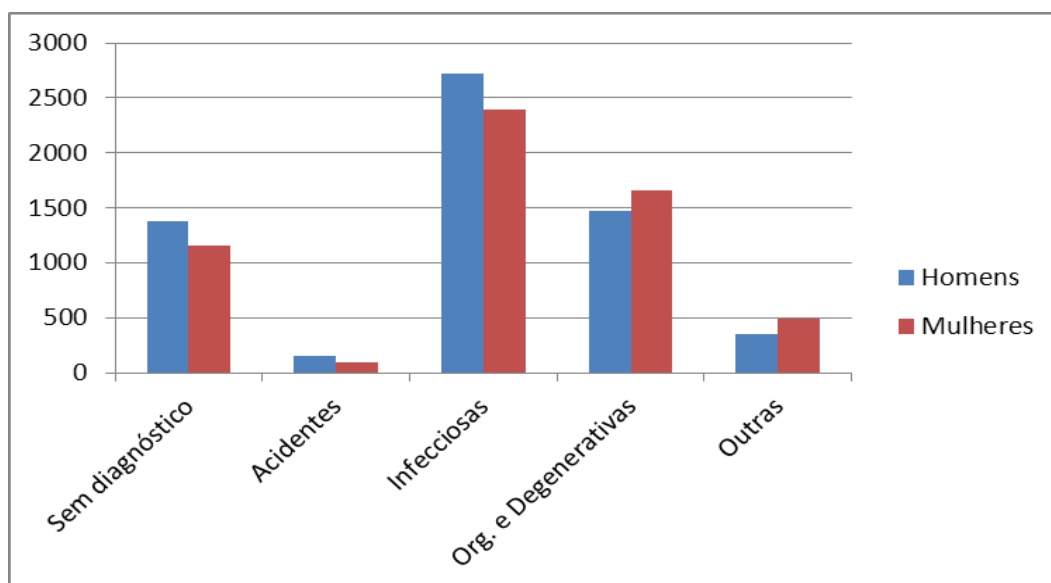


Figura 9. Causas de morte por sexo. O sexo masculino está representado pela cor azul e o sexo feminino pela cor vermelha.

Não existem, para esta época, estudos sobre a mortalidade diferencial por sexo e classe etária para a Região Centro de Portugal ou para o concelho de Coimbra. Nos Anais Demográficos de 1870 a 1889, o estudo da longevidade limitou-se à contabilização do número de homens e mulheres sobreviventes nas classes etárias mais avançadas (Tabela III). Este estudo demográfico registou um excesso de mulheres nas classes etárias a partir dos 70 anos na população do concelho de Coimbra (Loureiro, 1937), indo ao encontro do que foi observado no nosso estudo sobre o Cemitério da Conchada – a partir dos 59 anos, o número de óbitos do sexo feminino ultrapassou o do sexo masculino, muito provavelmente, por existirem mais mulheres do que homens com idades mais avançadas.

Tabela III - Longevidade do Concelho de Coimbra, em 1900. Nesta tabela, a longevidade é expressa pelo número de indivíduos sobreviventes nas classes etárias mais avançadas. (Adaptado: Loureiro, 1937).

Idades	Homens	Mulheres	Total
70-74	403	584	987
75-79	200	253	453
80-84	97	166	263
85-89	25	59	84
90-94	10	20	30
95-99	2	14	16
+100	1	3	4

2. As desigualdades sociais e a mortalidade

A vida nas cidades envolveu alterações significativas nos padrões de subsistência das populações. O homem da cidade deixou de ser caçador, recolector ou cultivador, o seu papel foi substituído pelo de comprador. Nas sociedades estratificadas por hierarquias sociais muito vincadas, a capacidade económica para comprar alimentos e outros recursos essenciais influenciou, significativamente, o nível nutricional e a qualidade da habitação nos diferentes subgrupos populacionais. Dado que o *status* nutricional e a qualidade das habitações influenciam, fortemente, a probabilidade de contrair certas doenças, nomeadamente, doenças infecciosas, a ordem social passou a ter uma acção determinante na saúde da população.

As desigualdades na saúde determinadas socialmente começaram a ser registadas nos países ocidentais desde o início da industrialização. Muitos pioneiros nesta área verificaram a existência de uma relação clara entre a classe social e a prevalência de certas doenças. No caso da mortalidade, o desenvolvimento da epidemiologia social e da sociologia médica colocou em evidência a forte variação na esperança média de vida entre o topo e a base da hierarquia social. A amplitude desta diferença podia oscilar entre os 4 e 10 anos.

Em Portugal, o médico higienista e investigador Ricardo Jorge considerava que “a estatística da morte torna-se a base indispensável de toda a estatística sanitária e social. Causa e efeito dos males sociais, é um dos metros da boa ou má funcionalidade do agregado humano. A mortalidade figura assim a chave da higiene; mostra-lhes o mal e afere-lhes o préstimo” (in Matias, 2002).

Num estudo realizado em Inglaterra e no País de Gales, nas décadas de 50 e 70 do século XX, a esperança média de vida foi relacionada com a posição económica na hierarquia social, que foi então designada por “classe social” criando uma imagem que se popularizou nas sociedades ocidentais (Bartley, 2004).

Na década de 80, uma investigação realizada em funcionários públicos, no Reino Unido, mostrou que os que estavam na base da hierarquia social apresentavam taxas de morbilidade quatro vezes superiores às dos funcionários do topo da hierarquia (Marmot et al. 1987). Apesar de nenhum dos trabalhadores não ser muito rico ou muito pobre e de todos viverem num país com cuidados de saúde universais, o gradiente social influenciou, significativamente, o estado de saúde. Este efeito permaneceu após o controlo de diversas variáveis, tais como, a pressão arterial, a actividade física, a obesidade, os hábitos tabágicos e o apoio social. Mesmo os médicos e os advogados e outros profissionais de segunda linha apresentaram níveis de morbilidade duas vezes maiores do que os dos seus superiores, sustentando a conclusão que a saúde depende do *status* de cada um na hierarquia social da comunidade, mais do que *status* socioeconómico absoluto (Marmot et al. 1987). Num estudo longitudinal realizado com 17 mil funcionários públicos, Reid e colaboradores (1974) chegaram a uma conclusão semelhante, que o estatuto do trabalho de uma pessoa era melhor preditor da probabilidade de vir a ter um ataque cardíaco do que a obesidade, o fumar ou a tensão arterial elevada. Estes resultados sugerem que o status social está associado a aspectos fisiológicos que podem influenciar a saúde (Kaplan 1999).

O cortisol, a hormona produzida pelo organismo em situações de stress, tem como efeito a médio e longo prazo a redução da contagem de linfócitos e da sua eficácia na reacção à presença de agentes patogénicos geradores de infecção. Este mecanismo fisiológico, alcançado através da alteração da expressão de, pelo menos, 10% dos genes do genoma humano, é responsável pela maior vulnerabilidade às doenças infecciosas e degenerativas em indivíduos com níveis elevados de cortisol, em reacção a situações de stress prolongado. Este mecanismo poderá explicar porque os indivíduos situados na base das hierarquias sociais apresentam níveis de morbilidade e mortalidade superiores aos do topo.

As classes sociais mais desfavorecidas foram as mais representadas no Cemitério da Conchada (Figura 10): i) as criadas e as lavadeiras ocuparam 14,50% dos enterramentos; ii) operários e artesãos (13,70%); iii) jornaleiros (11%); iv) funcionários públicos (9,10%); v) clero e burguesia (7,80%) e, por fim, vi) os mendigos (4,50%). Quanto ao tipo de enterramento (Figura 5), 59% foram depositados em sepulturas rasas, 22% foram para a vala geral e somente 19% ocuparam os jazigos.

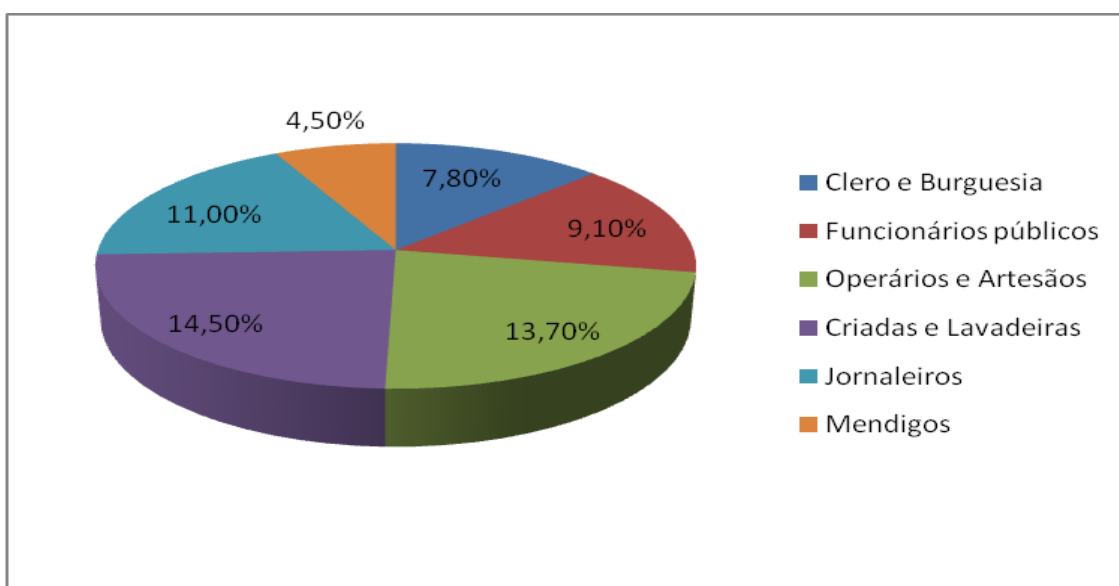


Figura 10. Distribuição dos óbitos por profissão. As profissões estão discriminadas por cores: A azul (Clero e Burguesia), a vermelho (Funcionários públicos), a verde (Operários e Artesãos), a roxo (Criadas e Lavadeiras), a azul claro (Jornaleiros) e a laranja (Mendigos).



Figura 11. Distribuição dos óbitos por tipo de enterramento expressos em percentagem. A azul (jazigo), a rosa (sepultura rasa) e a verde (vala geral).

A análise do tipo de enterramento por grupo profissional revelou uma distribuição desigual (Figura 11). O clero e a burguesia foram depositados, preferencialmente, nos jazigos. No extremo oposto da hierarquia social, os mendigos, o destino após a morte foi a vala geral.

A distribuição das causas de morte também acompanhou as desigualdades sociais traduzidas pela profissão e pelo tipo de enterramento. Os óbitos sem causa de morte diagnosticada foram mais frequentes nas classes profissionais menos valorizadas socialmente, sugerindo um menor acesso aos cuidados de saúde (Figura 13). A assistência médica proporcionada pelos Hospitais da Universidade nesta altura era diferenciada por classe social. O Colégio das Artes, um dos edifícios que integrava o grupo de hospitais da Universidade, recebia os doentes do sexo masculino, social e economicamente mais débeis, no rés-do-chão, e as mulheres, no primeiro andar. O Colégio de São Jerónimo, recebia nos seus dois pisos doentes particulares (Mourão, 1994).

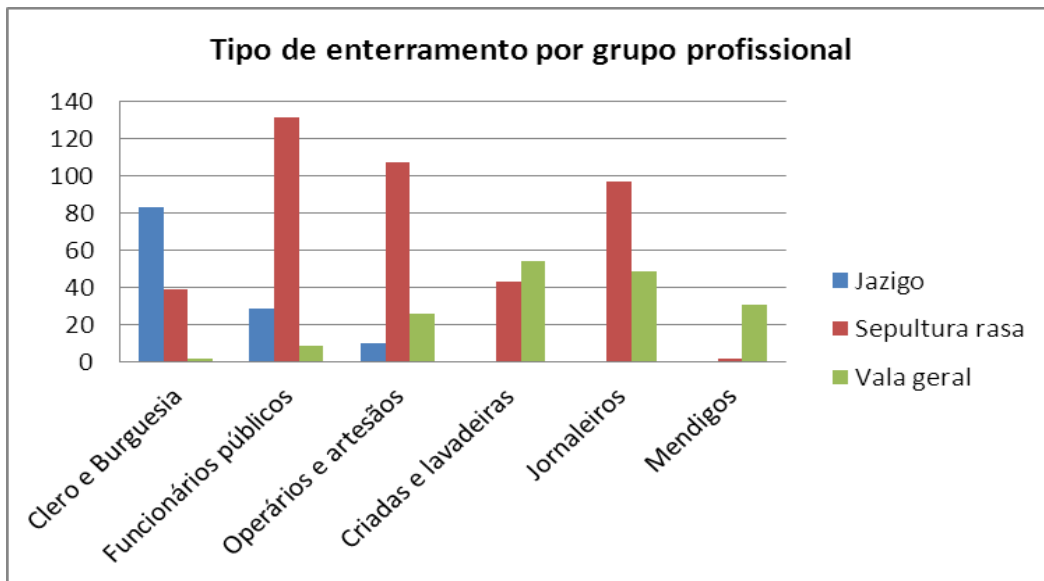


Figura 12. Distribuição dos óbitos por tipo de enterramento, diferenciado pelas cores: verde (vala geral), azul (jazigo) e amarela (sepultura rasa), em cada categoria profissional.

No caso dos jornaleiros, a grande maioria dos óbitos foi motivada por doenças infecciosas, sugerindo uma actividade profissional dura (desenvolvida em condições adversas), insalubridade das habitações e um *status* nutricional baixo.

Os operários e os artesãos foram o segundo grupo profissional a ser atingido pelas doenças infecciosas com maior severidade. Os operários trabalhavam doze a catorze horas diárias (Mendes, 1981). Os salários eram baixos e o trabalho precário. Deste grupo faziam parte as crianças a partir dos 12 anos de idade. Relatos históricos descrevem este grupo social como muito desfavorecido e com grandes carências alimentares, a sua dieta era pobre em proteínas e outros nutrientes essenciais: o leite, a carne e o peixe eram praticamente inexistentes. As suas casas eram pequenas, pouco arejadas e sem luz (Ferreira, 2005).

Juntamente com os jornaleiros, os operários foram os que mais sofreram com os acidentes. Nesta categoria de causas de morte estão incluídos os acidentes causados pelo trabalho e resultantes de conflitos, injúrias, agressões e atos violentos, perpetrados em espaços públicos da cidade, nomeadamente, nas ruas estreitas, nas fontes, nos “coiradoiros de roupa à beira rio” e em espaços privados, tais como, lojas e tascas (Vaquinhas, 1955).

As doenças orgânicas e degenerativas, mais associadas ao envelhecimento, apresentaram maior expressão nas categorias profissionais do clero e burguesia e dos funcionários públicos.

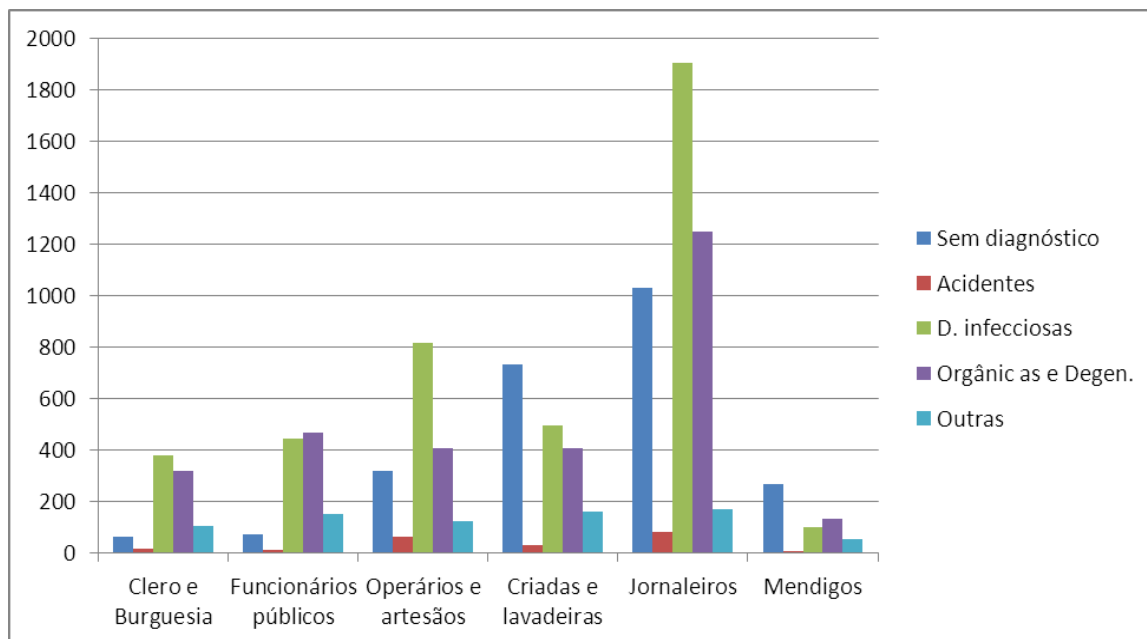


Figura 13. Distribuição dos óbitos por profissão e causa de morte. As causas de morte estão discriminadas por cor: a azul (Sem diagnóstico), a vermelho (Acidentes), a verde (Doenças infecciosas), a roxo (Orgânicas e Degenerativas) e azul claro (outras).

A estimativa da idade média à morte nas várias categorias profissionais revelou diferenças muito significativas (Tabela IV). A idade média à morte mais baixa (30 anos) foi observada nos Jornaleiros. No topo da hierarquia social, os óbitos do clero e da burguesia registaram um valor médio superior de 57 anos. Nesta hierarquia, os mendigos surgiram como o grupo social “mais protegido” da morte prematura. A idade média dos óbitos situou-se nos 65,7 anos. Não existe informação suficiente para elaborar uma explicação possível para a longevidade dos mendigos. Sabe-se apenas que os que quisessem poderiam viver da assistência caritativa das várias ordens religiosas estabelecidas na cidade (Mota, 2010). Poder-se-á também sugerir que o fato de os mendigos não trabalharem para sobreviver aliviava-os da dureza do trabalho e do concomitante dispêndio de energia.

Tabela IV. Idade média à morte e mediana por categoria profissional, expressas em anos.

Categoria Profissional	Média	Mediana
Clero e burguesia	57	62
Funcionários públicos	56,1	59
Operários e Artesãos	46,7	45
Criadas e Lavadeiras	49,5	50
Jornaleiros	30	27
Mendigos	65,7	66

A tuberculose foi a doença infecciosa que originou mais óbitos em quase todas as categorias profissionais analisadas. Esta patologia era referida, muitas vezes, por “peste branca” ou “tísica”, devido à sua íntima relação com a alimentação deficiente e com a precariedade da habitação. A tuberculose, causada pelo bacilo *Micobacterium tuberculosis*, tornou-se endémica entre as classes sociais mais pobres e mais desfavorecidas, assumindo proporções significativas em Coimbra (Ferreira 2005). No Cemitério da Conchada, entre o período 1884 e 1910 registaram-se 1670 óbitos causados por tuberculose, correspondendo a 20 % do número total vítimas de óbitos.

A medicina portuguesa nesta época não tinha quaisquer recursos farmacológicos para combater a tuberculose. O isolamento e a prevenção foram as alternativas encontradas para combater a doença. Para isso foram criados centros hospitalares e sanatórios, onde os doentes podiam beneficiar de ar puro, repouso e boa alimentação. A educação para a higiene privada começou a ser transmitida à população através dos jornais e de cartazes.

3. A Mortalidade infantil

A sobrevivência das crianças constitui um bom indicador do bem-estar biológico de uma população. As crianças são um grupo particularmente vulnerável, tanto fisicamente como socialmente (Caldwell, 1996). Esta vulnerabilidade manifesta-se nas taxas de mortalidade que, geralmente, são mais elevadas durante o primeiro ano de vida, decrescem entre 1 e os 4 anos e atingem um valor mínimo entre os 5 e os 9 anos de idade. A vulnerabilidade física das crianças está associada à imaturidade do seu sistema imunitário, tornando-as mais susceptíveis a doenças infecciosas. Este aspecto do seu desenvolvimento está acoplado a uma grande exigência nutricional e energética relativamente ao peso corporal. O crescimento e o desenvolvimento do cérebro e do resto do corpo requerem um consumo energético elevado. O período da amamentação é um dos mais críticos para a sobrevivência das crianças, geralmente, a partir dos 6 meses, quando fazem a transição da dependência exclusiva do leite materno para a dieta local (Martorell, 1995). As crianças são também vulneráveis socialmente, sendo completamente dependentes dos seus cuidadores no primeiro ano de vida e permanecendo muito dependentes até aos 5 anos. Esta dependência social significa que as crianças são susceptíveis à negligência consciente e inconsciente dos adultos (Caldwell 1996).

A mortalidade na classe etária dos 0 aos 9 anos representou 22,6 % da totalidade dos óbitos, constituindo o grupo etário mais representado no Cemitério da Conchada (Tabela IV). Destes, 20,6% morreram nos primeiros 5 anos de vida. Este valor é muito elevado quando comparado com os outros grupos etários (Figura 15).

Tabela IV. Mortalidade por classe etária expressa em valores de frequência absoluta e percentagem de óbitos.

Classe etária	Freq. Absolt.	Percentagem
0 aos 9	1310	22,6
10 aos 19	287	4,9
20 aos 29	498	8,6
30 aos 39	413	7,1
40 aos 49	496	8,5
50 aos 59	994	17,1
60 aos 69	859	14,8
70 aos 79	795	13,7
80 aos 89	109	1,9
mais de 90	10	0,2
Total	5771	99,4

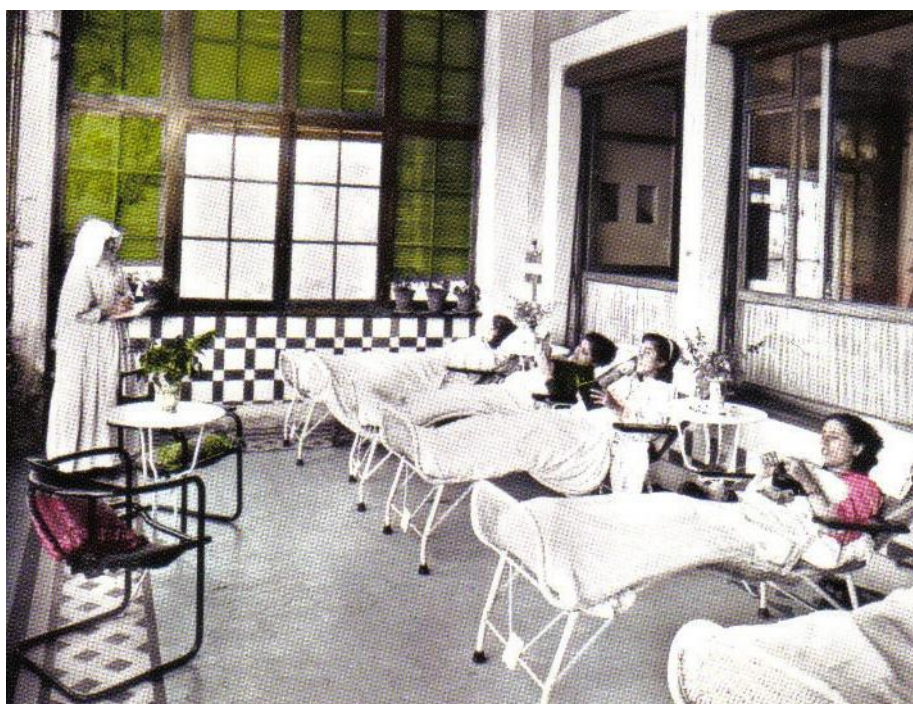


Figura 14. Doentes em repouso no Hospital de Celas, Coimbra.

(Foto: Coleção do Centro de Documentação Bissaya Barreto, página 374)

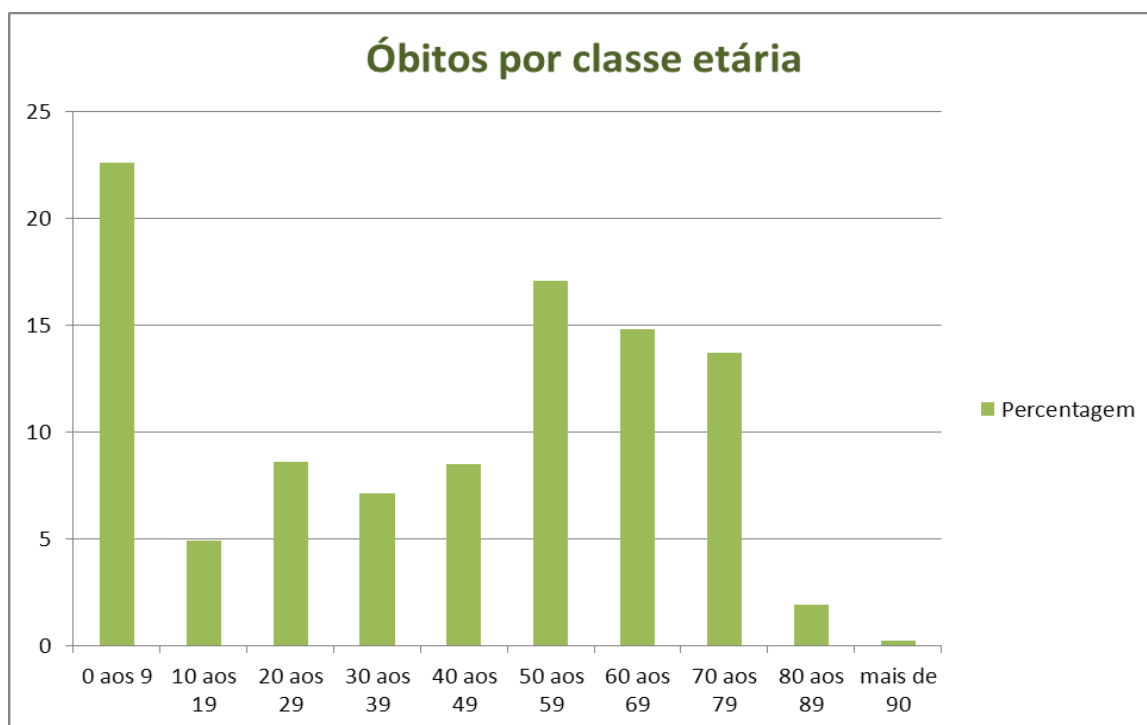


Figura 15. Número de óbitos por classe etária.

As principais causas de morte das crianças até aos 9 anos de idade foram, por ordem de intensidade, a debilidade congénita, a enterite, a tuberculose e a pneumonia. Estas doenças vitimaram, sobretudo, as crianças nos 3 primeiros anos de vida. A debilidade congénita foi, frequentemente, apontada como causa do óbito dos bebés que não completaram um ano de vida. Este tipo de causa de morte abrangia as situações em que a criança nascia com vários tipos de debilidade, alguns associados à imaturidade do recém-nascido, ao baixo peso ao nascimento, e a deficiências de natureza diversa (Figura 15). A enterite vitimou, sobretudo, os bebés no primeiro ano de vida e manteve-se como principal causa de morte das crianças até aos 3 anos de idade.

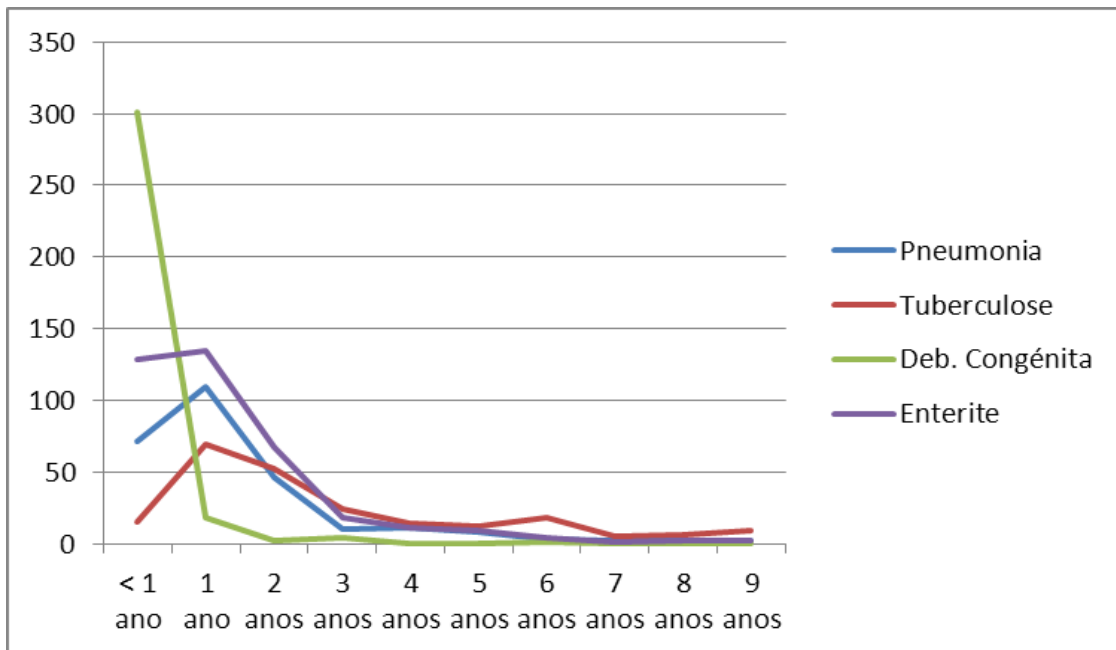


Figura 16. Principais causas de morte das crianças até aos 9 anos de idade.

Dado que o tamanho da população das freguesias abrangidas pelo Cemitério da Conchada é desconhecido no período estudado e que, este Cemitério, recebia também cadáveres vindos do Hospital da Universidade de Coimbra, independentemente da sua freguesia de origem, não foi possível calcular a taxa de mortalidade infantil e, por conseguinte, comparar o valor observado com os do resto do concelho e do país. O Anuário Estatístico de 1900 relatou para Coimbra valores elevados de mortalidade infantil ao longo de todo o século XIX e início do século XX. Esta tendência foi observada no território nacional no mesmo período (Tabela V).

Tabela V. Mortalidade por classe etária expressa em valores de frequência absoluta e percentagem de óbitos. Fonte: Anuário Estatístico de Portugal, 1900.

Ano	Nascimentos	Mortalidade Infantil
1900	30,47	10
1901	31,23	10
1902	31,88	16
1903	32,88	16,06
1904	31,45	16,06
1905	32,00	16,05
1906	32,00	15,07
1907	30,50	15,05
1908	30,15	14,19
1909	29,85	15,04
1910	31,63	14,06

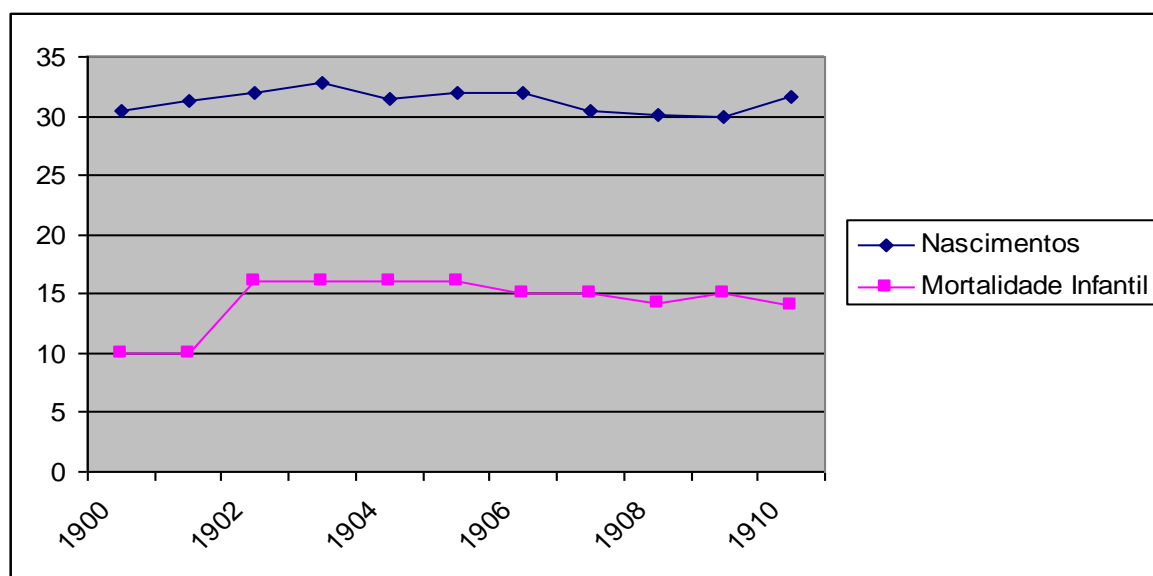


Figura 17. Mortalidade Infantil e Natalidade em Portugal, de 1900 a 1910.

Fonte: Anuário Estatístico de Portugal.

O nível deficitário da nutrição infantil da população de Coimbra foi apontado por alguns autores como a principal causa de morte das crianças no final século XIX e no início século XX (Maia, 2000). Porém, dado que no Cemitério da Conchada, a debilidade congénita foi a principal causa de morte registada no primeiro ano de vida, o *status* nutricional da mãe poderá ter contribuído, significativamente, para a mortalidade infantil neste período. A malnutrição dos bebés poderá ter agravado a incidência das infecções causadas por vírus e bactérias, tais como a enterite, a pneumonia e a tuberculose, respectivamente, a segunda, terceira e quarta causa de morte na classe etária dos 0 aos 9 anos.

4 – Paludismo e febres intermitentes

O paludismo é uma infecção causada por um protozoário, o *Plasmodium*, ou hematozoário de Laveran, que é transmitido ao homem pela picada do mosquito *Anopheles*. Existem quatro espécies de *plasmodium*, sendo o mais frequente o *Plasmodium vivax*, e o mais perigoso o *Plasmodium falciparum*. O *Plasmodium malariae* e o *Plasmodium ovale* são mais raros. Deve-se a Laveran a descoberta, em 1880, do agente causador da doença (Serra, 2003). O paludismo também é, conhecido pelo nome de febres palustres, febres intermitentes, febres dos pântanos, febres da quinina, impaludismo, malária e, em Portugal, por sezões e maleitas (Fernandes, 1919).

Em Portugal, no século XIX, generalizou-se a ideia de uma relação causal entre os arrozais e a malária. Apesar de esta não ser a única razão, nem, provavelmente, a fundamental para explicar a atenção que esta doença recebeu por parte das autoridades sanitárias, o facto é que ela conduziu à criação de um serviço dedicado exclusivamente à «luta anti-estacional» (Saavedra, 2010). A comparação da realidade portuguesa com a de outras regiões do globo coloca em evidência outros factores ambientais, humanos e técnicos que poderão ter contribuído para a doença e que não figuravam na equação arrozais-malária. Randall Packard (*in* Saavedra, 2010) descreveu como os modelos de produção agrícola, contribuíram para o recuo ou para a manutenção da malária em diferentes regiões dos Estados Unidos da América. No Texas e no Arkansas, onde os arrozais produziam grandes quantidades do mosquito *Anopheles* não se registaram casos de malária. A explicação sugerida por Packard para esta situação foi o elevado grau de mecanização envolvido na produção do arroz. Esta prática

exigia pouca mão-de-obra, com a concomitante redução da exposição das pessoas ao mosquito vector. Este efeito foi reforçado pelas técnicas de irrigação utilizadas e as variedades de arroz cultivadas que diminuía o impacto dos alagamentos. Pelo contrário, as grandes plantações de algodão, localizadas na mesma região dos campos de arroz, foram responsáveis por muitos casos de malária por empregarem um grande número de trabalhadores, que viviam em condições precárias que os expunha às picadas dos mosquitos (Saavedra, 2010).

Nos arrozais italianos, Packard (*in* Saavedra, 2010) observou uma situação semelhante. No Norte, o cultivo do arroz era fracamente mecanizado e os métodos de irrigação eram mais propícios à proliferação do mosquito *Anopheles*. Nestes campos trabalhava um número considerável de trabalhadores migrantes e jornaleiros que viviam em condições insalubres tornando-os vulneráveis ao paludismo. No Sul, a doença que apresentava valores de incidência superiores aos do Norte, a doença não estava associada à cultura do arroz. Porém, os trabalhadores eram mantidos em condições de vida precárias sugerindo que este factor foi o que mais contribuiu para a epidemiologia da malária (Packard 2007). Todavia, a descoberta dos mecanismos de infecção e do ciclo de vida do mosquito *Anopheles* reforçaram a ideia de uma relação forte relação entre a doença e os terrenos alagados, onde, em Portugal, se fazia a cultura do arroz.

No Cemitério da Conchada os óbitos causados pelo paludismo e pelas febres intermitentes atingiram, sobretudo, os grupos profissionais dos jornaleiros, seguido pelo grupo das criadas e lavadeiras (Figura 18). Estes dois grupos profissionais estariam mais expostos à infecção pelo *Plasmodium* devido, provavelmente, ao maior contacto com as zonas alagadas e à insalubridade das habitações.

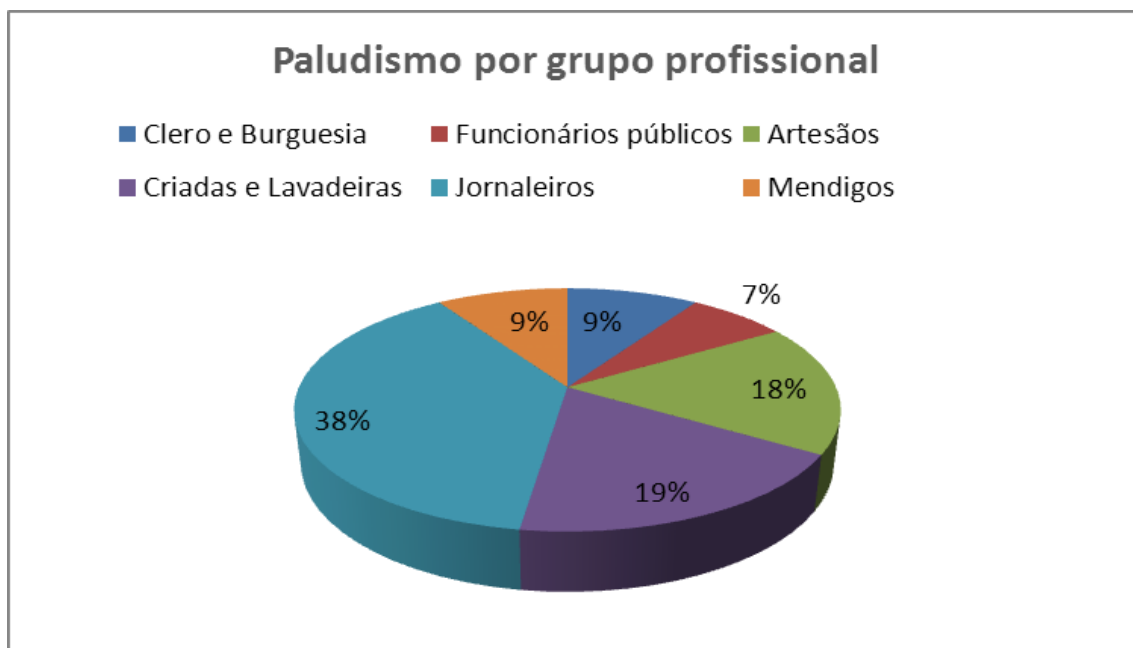


Figura 18 . Distribuição de óbitos do paludismo através das profissões, no Cemitério da Conchada

A análise da evolução do número de óbitos por paludismo e febres intermitentes, entre 1884 e 1889, mostrou uma tendência clara para o decréscimo do número de casos a partir de 1895 (Figura 19). A explicação para esta tendência poderá residir na implementação de modificações no método de cultivo e na observação dos regulamentos, criados por sucessivos governos da monarquia e da república, para diminuir o efeito nocivo da cultura do arroz nas populações vizinhas dos campos de cultivo e nos trabalhadores diretamente envolvidos. Coimbra foi uma das cidades que se destacou pelo excesso de zelo dos administradores dos campos de arroz na implementação destas regras (Saavedra, 2010).

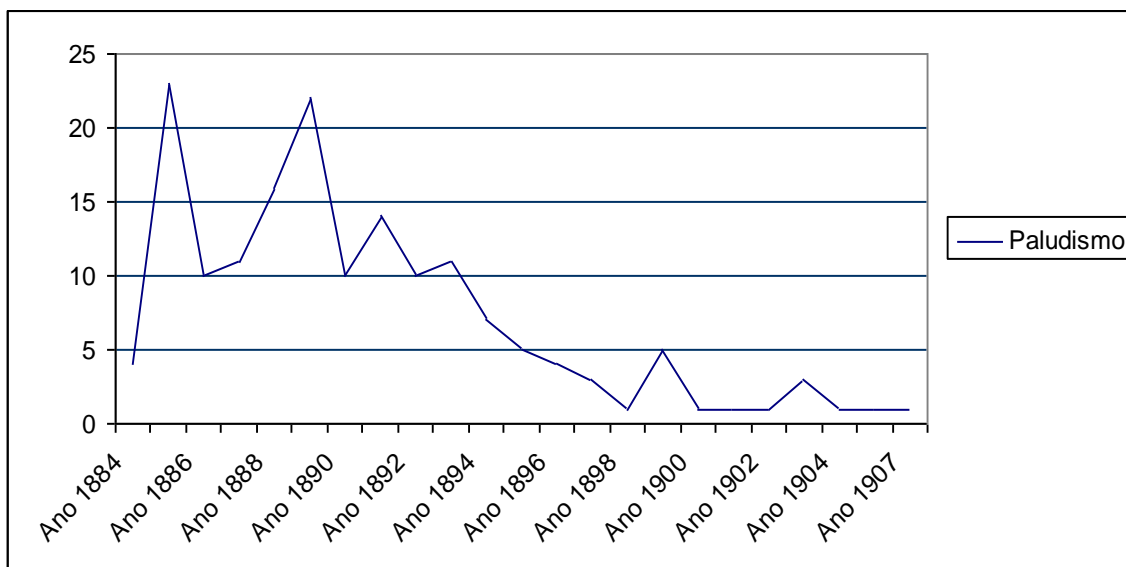


Figura 19. Distribuição de óbitos por paludismo entre 1884 e 1908, no Cemitério da Conchada

5. A sazonalidade dos óbitos

A sazonalidade dos fenómenos demográficos denuncia a ausência de uniformidade ao longo do ano e sugere a existência de causas particulares que possam contribuir para a variação sazonal (Bailo *et al.*, 1986).

A sazonalidade da mortalidade depende, geralmente, das condições do clima, tais como, a temperatura, a humidade e a pluviosidade e de factores socioculturais, tais como, o estado de saúde da população, os ritmos do trabalho, e os hábitos culturais (Bailo *et al.*, 1986).

A análise da sazonalidade dos óbitos registados no Cemitério da Conchada incidiu sobre grupos de 5 e 7 anos, no intervalo entre 1884 e 1910. Dado que o número de anos estudado foi 27, o último grupo incluiu 7 anos. A comparação entre a distribuição observada e a distribuição esperada, de acordo com o pressuposto da homogeneidade dos óbitos ao longo do ano, revelou ser significativa para 3 dos 5 grupos analisados. Nestes 3 grupos observaram-se 2 picos de mortalidade, um nos meses de Inverno, nomeadamente, em Dezembro, Janeiro e Fevereiro, e o outro nos meses mais quentes do ano, Julho e Agosto. Este padrão sazonal coincide com a variação sazonal do clima e dos agentes causadores de certas doenças

infecciosas, tais como, os vírus da gripe e os pneumococos, responsáveis pelas pneumonias e meningites, mais frequentes no Inverno (Figura 20).

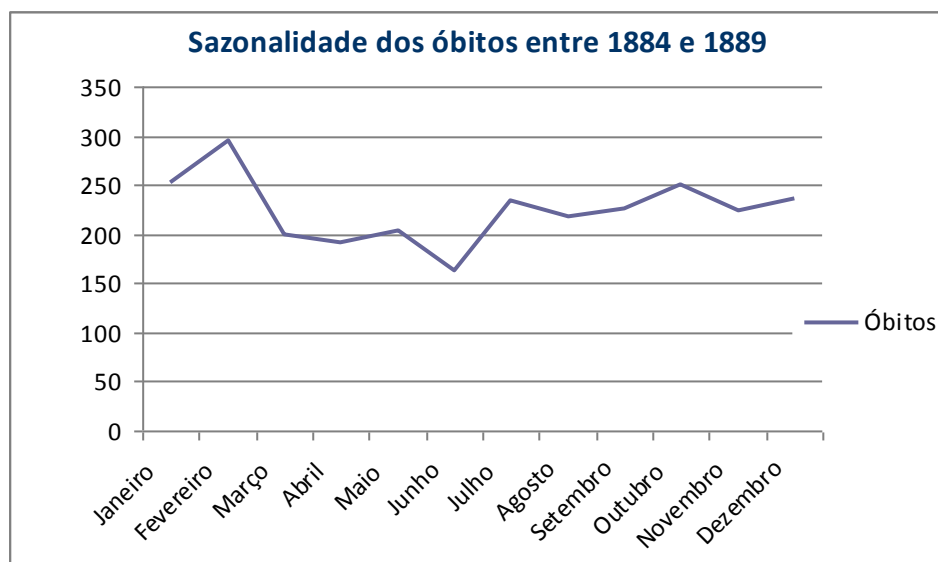


Figura 20. Sazonalidade dos óbitos entre 1884 e 1889, no Cemitério da Conchada

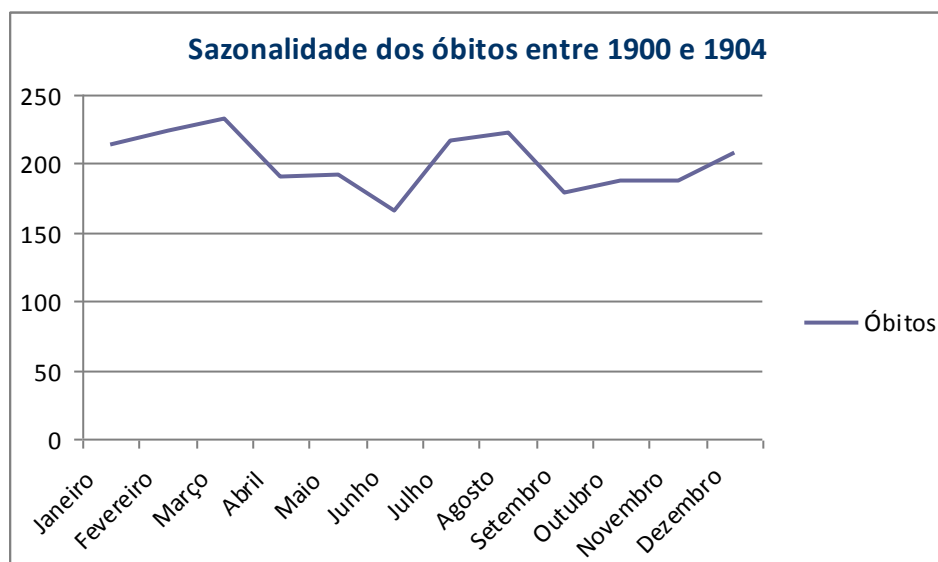


Figura 21. Sazonalidade dos óbitos entre 1900 e 1904, no Cemitério da Conchada

A sazonalidade dos óbitos por causa de morte foi também analisada (Figura 22). A tuberculose atingiu um valor máximo em Dezembro, provavelmente, devido a co-infecção com vírus da gripe, pneumococos, ou outra bactéria frequente no Inverno. As doenças cardiovasculares fizeram mais mortes em Janeiro, em resultado das baixas temperaturas que aumentam o risco de ataque cardíaco em doentes do coração e do sistema vascular (Figura 23).

A exposição aos elementos naturais, tais como o frio, e aos agentes infecciosos, era facilitada pelas condições da habitação. No período estudado, as casas da população mais desfavorecida, a mais afectada pelas doenças infecciosas, eram escuras, pouco arejadas e húmidas, favorecendo a insalubridade (Vigarello, 1988). Para além disso, as ruas acumulavam sujidade, em resultado de uma deficiente remoção do lixo. O saneamento básico também era deficiente e não havia água potável (Vigarello, 1988).

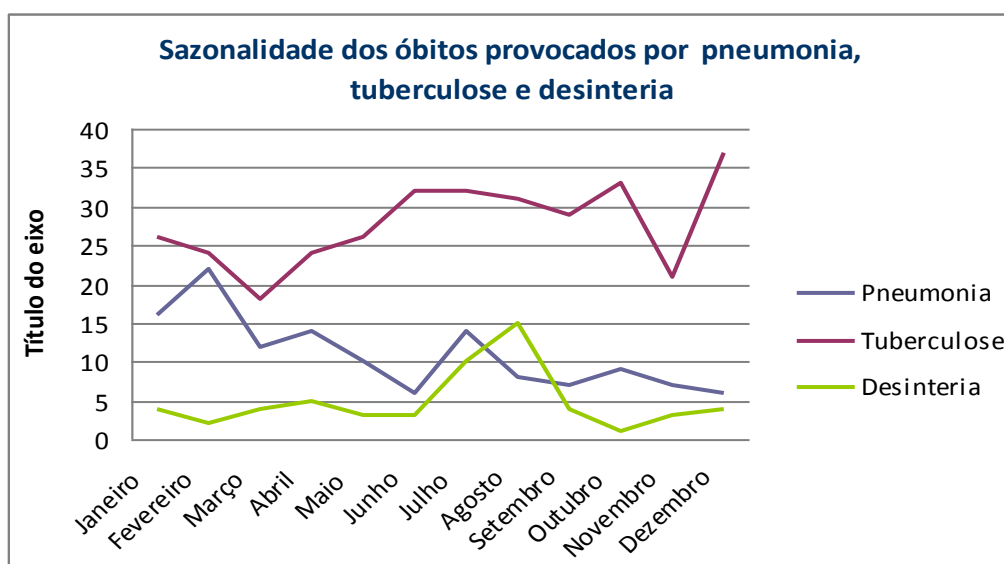


Figura 22. Sazonalidade dos óbitos provocados por pneumonia, tuberculose e disenteria

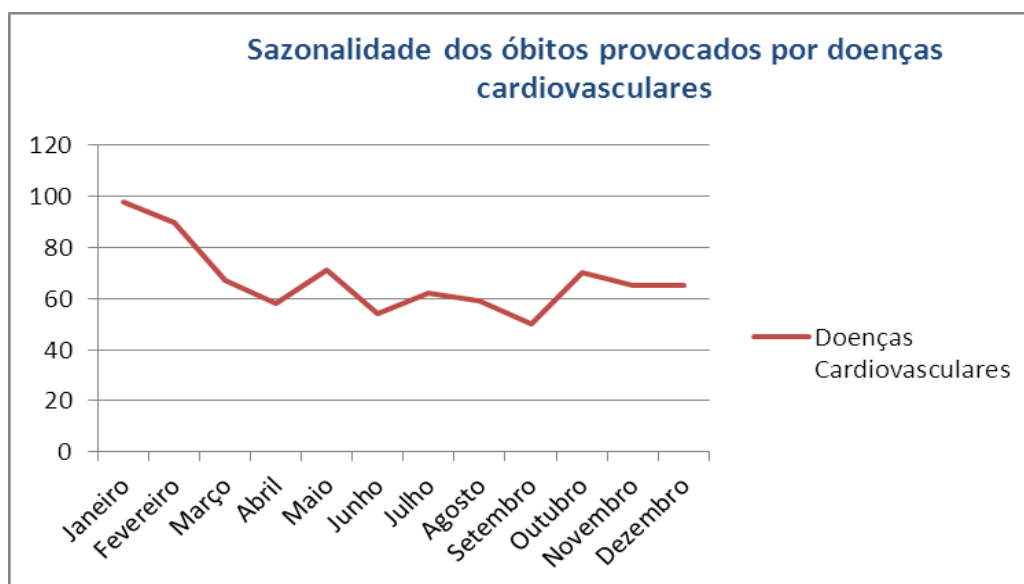


Figura 23. Sazonalidade dos óbitos provocados por doenças cardiovasculares

6. A Evolução da mortalidade no Cemitério da Conchada entre 1884 e 1910

A distribuição do número de óbitos por ano ao longo dos 27 anos estudados revela uma tendência para um decréscimo gradual, ainda que a um ritmo irregular, com picos e depressões sucedendo de um modo, aparentemente, aleatório (Figura 24). Os anos de 1889 e 1906 destacam-se por corresponderem a um pico e a uma depressão, respectivamente. Uma análise mais detalhada das principais causas de morte ocorridas nestes dois anos e de outras doenças que poderiam ter provocado um surto de mortalidade, tais como, a febre tifóide ou o sarampo, revela que, em 1906, o número de óbitos por tuberculose e enterite foi superior ao verificado em 1888. Para o resto das patologias analisadas não se registaram discrepâncias significativas nos valores de frequência. Os óbitos sem causa de morte diagnosticada foram os que mais contribuíram para o acréscimo de enterramentos registados no ano 1889. Desconhecendo-se outra causa provável, poder-se-ia sugerir que a população das freguesias de Santa Cruz, São Bartolomeu, Sé Nova e Sé Velha, aparentemente, não teve acesso a cuidados médicos neste ano. Porém, os anos anteriores e os seguintes mostraram valores relativamente mais baixos, com cerca de 100 a 150 óbitos a menos. Este resultado sugere a ocorrência de um surto infeccioso não identificado nos registos.

A análise da distribuição dos óbitos da classe etária dos 0 aos 9 anos de idade no mesmo período de tempo revelou que a mortalidade infantil acompanhou a variação da mortalidade total (Figura 26).

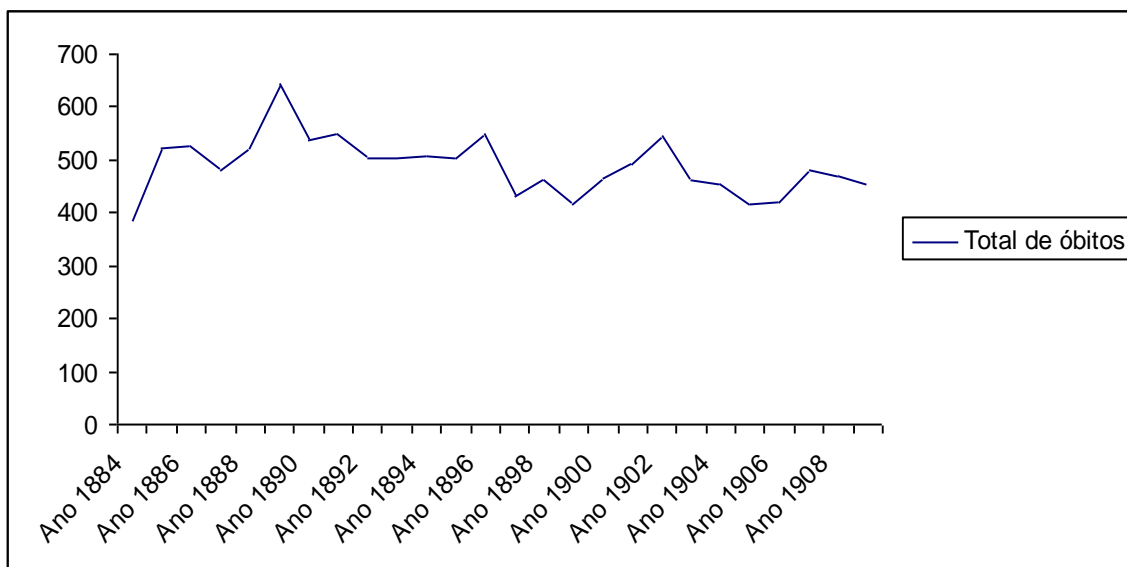


Figura 24. Total de óbitos do Cemitério da Conchada, entre 1884 e 1910

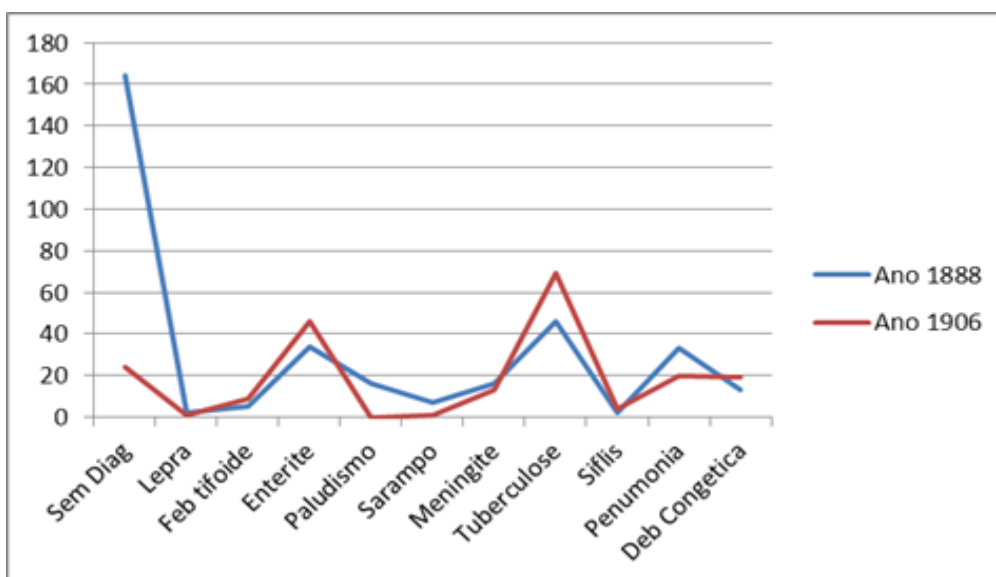


Figura 25. Comparação dos óbitos do Cemitério da Conchada, para os anos 1889 e 1906, referente a algumas doenças.

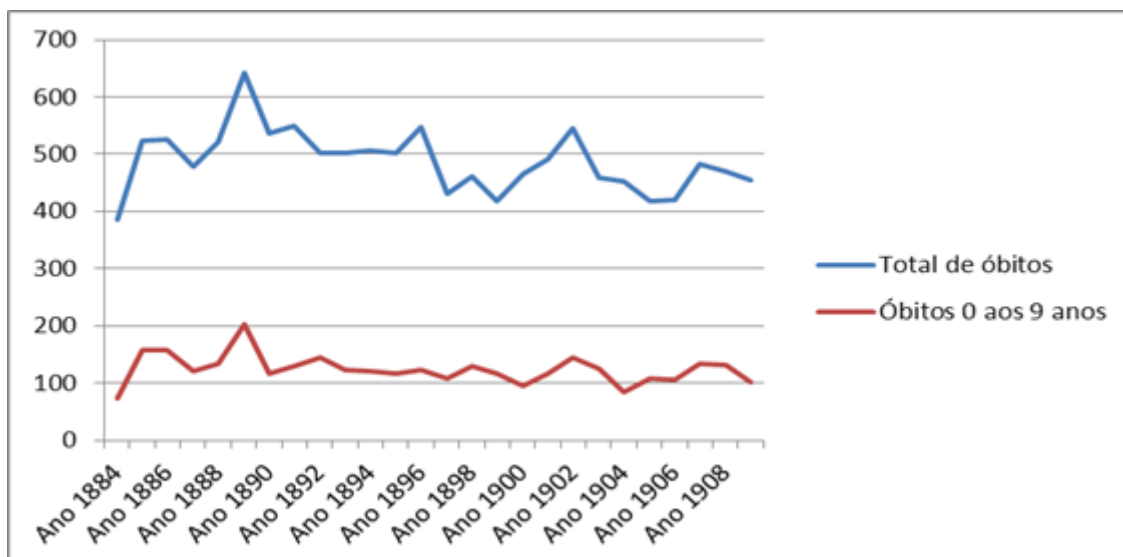


Figura 26. Comparação dos Óbitos dos 0 aos 9 anos com o total de óbitos, no período de 1884 a 1910, no Cemitério da Conchada.

Dado que o tamanho da população das freguesias estudadas é desconhecido, não foi possível calcular as taxas de mortalidade e fazer comparações com outras freguesias ou mesmo com o concelho. Sabe-se que no período entre 1884 e 1910, a mortalidade e a natalidade, mantiveram-se consideravelmente elevadas na cidade de Coimbra, e só a partir de 1910, se observou uma descida acentuada da natalidade. A taxa de mortalidade acompanhou a tendência, mas a um ritmo menos acentuado (Figura 25).

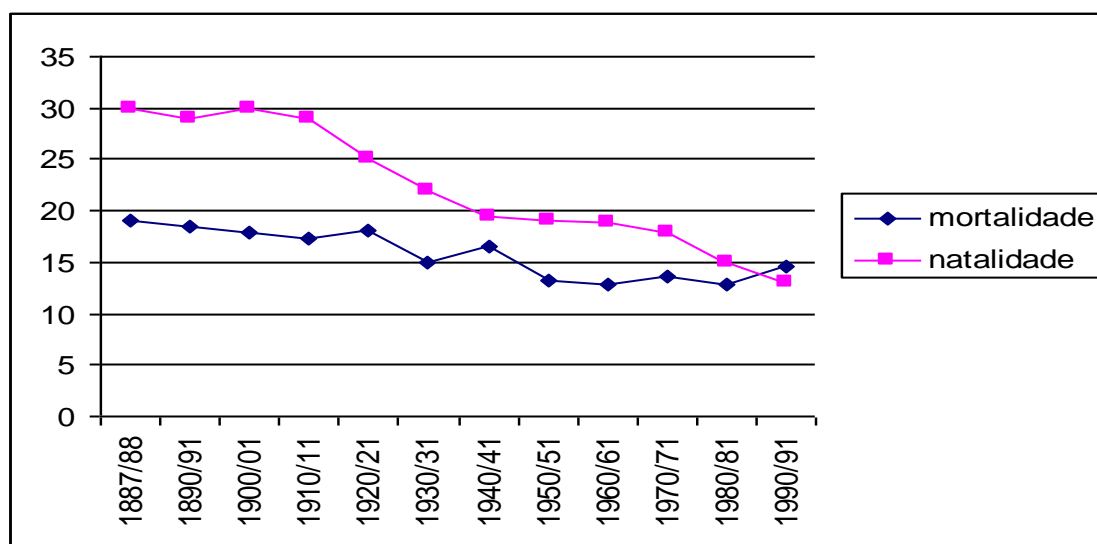


Figura 27. Mortalidade e Natalidade em Coimbra, por 1000, no período de 1887-1991.

Fonte: Adaptado (Morais, 1945)

Apesar de o período de tempo analisado ser demasiado curto para se observarem alterações significativas na dinâmica da população, este padrão de alteração das taxas de mortalidade e de fertilidade apresenta algumas semelhanças com o modelo teórico da Transição Demográfica formulado por Davis (1945) e Thompson (1929) (*in* Bogin, 2001). De acordo com este modelo, à medida que uma sociedade se torna mais desenvolvida economicamente, a mortalidade começará a diminuir e, pouco tempo depois, a fertilidade também diminuirá. Quando da sua formulação, este modelo de alteração da mortalidade e da fertilidade nas populações humanas, foi considerado a consequência demográfica da industrialização.

Na Transição Demográfica, as populações sofreriam 3 estádios de transição. No primeiro, designado por “não desenvolvido”, as sociedades seriam pré-industriais e a mortalidade e a fertilidade seriam ambas elevadas. De acordo com este raciocínio, a industrialização seria o único caminho do progresso das sociedades, o que gerou controvérsia, sobretudo, entre os Antropólogos (Bogin, 2001). Num segundo estádio, as sociedades estariam numa fase inicial de desenvolvimento económico, marcado pelo declínio da mortalidade, devido aos melhoramentos introduzidos pelas infraestruturas sanitárias, pelos cuidados de saúde e pelos avanços tecnológicos da medicina. Nesta fase intermédia, a fertilidade manter-se-ia elevada o que conduziria a um aumento exponencial do tamanho da população. No terceiro estádio, a taxa de fertilidade entraria também em declínio e alcançaria a taxa de mortalidade. Nesta fase, a sociedade estaria completamente desenvolvida.

A transição demográfica é, fundamentalmente, uma generalização que se tem observado em muitas populações. Independentemente das alterações biosociais que conduziram à alteração dos padrões demográficos, no essencial, a teoria preconiza que num regime pré-moderno, as taxas de natalidade e de mortalidade são elevadas e que num regime pos-moderno ambas as taxas são baixas. A causa da transição mais frequentemente apontada é a redução da mortalidade através do controlo das epidemias e das doenças infecciosas. A redução da fertilidade surge porque as crianças morrem menos e, por isso, tornam-se mais dependentes para os pais (Kirk, 1996).



Figura 28. A Baixinha de Coimbra inundada.

in: www.google/imgres?q=fotos+da+cidade+de+coimbra.

Conclusão

O objectivo principal da presente investigação foi avaliar o estado de saúde da população da cidade de Coimbra, no período de transição entre os séculos XIX e XX, mais concretamente, desde 1884 até 1910, a partir do padrão de mortalidade observado no Cemitério Municipal da Conchada. O padrão de mortalidade foi marcado por: i) uma elevada mortalidade infantil; ii) pelo domínio das doenças infecciosas, em termos de causas de morte; iii) pela elevada mortalidade dos homens até aos 59 anos; iv) pela reduzida idade média à morte nas categorias profissionais sujeitas a atividades mais exigentes fisicamente e mal remuneradas, e a viver em condições habitacionais desfavoráveis. As doenças infecciosas responsáveis pelo maior número de óbitos foram a tuberculose, a pneumonia, a meningite e a bronquite, mais frequentes no Inverno. No Verão, a disenteria foi a infeção bacteriana que originou maior número de óbitos. Estas características sugerem que o estado de saúde da população da cidade, nomeadamente, das freguesias de Santa Cruz, São Bartolomeu, Sé Nova e Sé Velha, era débil, devido, sobretudo, à insalubridade das habitações e ao baixo *status* nutricional.

O número de óbitos registados entre 1884 e 1910 apresentou uma ligeira tendência para diminuir, apesar de a população da cidade ter aumentado em tamanho ao longo deste período, sugerindo um controlo crescente sobre as doenças infecciosas. O paludismo foi uma das doenças infecciosas que registou uma redução significativa no número de casos.

Bibliografia

ABADE, Augusto M. Elias (1992) - A população inexistente. Estrutura demográfica e genética da população da Lombada. Bragança, Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra.

ARAÚJO, Marta Lobo de (2008) -“Pequenos e pobres, a assistência à infância nas misericórdias portuguesas da idade moderna” *in* A infância do universo assistencial da península ibérica, séc XVI-XIX, Braga, 135-150 pp.

BAILO A, Palacios – Araus , Diaz A, Toja D I, Bertranpetit J, 1986. Natalyty and Mortality Seasonality in the Spanish Pyrenees. *Separata de Antropologia Portuguesa* Vol. 4/5.

BARBOSA, M. H. V. (2001) – Crises de Mortalidade em Portugal, desde meados do século XVI até ao início do século XX, cadernos neps, Guimarães, Núcleo de Estudos de População e Sociedade 1-62 pp.
<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/782/1/Cadernos01.pdf>, acedido [em 30/05/2012].

BARTLEY, M. (2004) – Heath inequality an introduction to theories, concepts and methods. Concepts and methods, Bristish, U.S.A.

BRIZ, Teodoro et all (2009) - “O controlo da Tuberculose em Portugal: uma apreciação crítica epidemiológica global” *in*: Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. 27, nº 1 – Jan./Junho 2009, 19-54 pp.

BOLETIM dos Hospitais da Universidade de Coimbra (1931), Vol. II. 1-46 pp.

BOLETIM Dos Hospitais da Universidade de Coimbra (1941) – Vol. IX. pp. LXIII-LXVIII.

[BOWLING, Ann \(1995\) - Measuring Disease.](#)

CARVALHO, Lino (1901) – “Construção Moderna Sanatorium“ *in*: Revista “A construção moderna I”, Ano I. Nº 23, 01 de Janeiro de 1901, pp. 5-6.

CARVALHO, Lino (1901) – “Construção Moderna Sanatorium“ *in*: Revista “A construção moderna I”, Ano II. Nº 33, 01 de Julho de 1901. pp. 8.

CASCÃO, Rui (2011) – “À volta da mesa: sociabilidade e gastronomia” *in*: História da vida privada em Portugal. A época Contemporânea. (Dir. José Matoso), (Coord. Irene Vaquinhas), Lisboa, Circulo de Leitores, 56-91 pp.

CASCÃO, Rui. (2011) – “Modos de habitar” *in*: História da vida privada em Portugal. A época Contemporânea. (Dir. José Matoso), (Coord. Irene Vaquinhas), Lisboa, Circulo de Leitores, 22-55 pp.

CASCÃO, Rui (1993) – “ Demografia e sociedade” *in*: História de Portugal (Dir. de José Mattoso), V Volume: O Liberalismo (1807-1890) (Coord. Luís Reis Torgal e João Lourenço Roque). S/I: Círculo de Leitores, 425-439 pp.

CATROGA, F. (1999) – O céu da memória, cemitério romântico e culto cívico dos mortos, Coimbra, Minerva, 1-367 pp.

Censo da População do Reino de Portugal no 1º de Dezembro de 1890, Lisboa, censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui, acedido {em 20/03/2012}.

Censo da População do Reino de Portugal no 1º de Dezembro de 1900, Lisboa. censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui, acedido {em 20/03/2012}.

Censo da População de Portugal no 1º de Dezembro de 1911, Lisboa. censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui, acedido {em 20/03/2012}.

CONIMBRICENSE nº 3774, 1883, 1884, 1885.

CONIMBRICENSE nº. 4192 de 29/10/1887, pág. 3

CURTIS, S. e TAKET, A. (1996) – Health and Societies: Changing Perspectives, Londres, Arnold.

DAVID, H. M. (1992) – As crises de mortalidade no concelho de Braga (1700-1880), Vol. I, Porto, dissertação em Doutoramento.

DUARTE (1990). Baixo Mondego. Região e Património.

EPIDEMIOLOGICAL BULLETIN (1993) – “Methodology for the Study of Inequities in Health Conditions”, Epidemiological Bulletin, 14, 5-8 pp.

EVANGELISTA, J. (1971) – Um século de população portuguesa (1864-1960), Lisboa, Instituto Nacional de Estatística: Centro de Estudos Demográficos.

FERNANDES, M J, 1919. Paludismo . Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina do Porto, disponível em http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16655/3/176_1_FMP_TD_I_01_P.pdf

FERNANDES, P. G. C. (1991) – Os vadios no Porto no início do séc. (1901-1906). Lisboa, Atica, 333-351 pp.

FERREIRA, F.A. G. (1990) - História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

FERREIRA, F. S. C. (1973) – Epidemiologia e profilaxia das doenças infecciosas e parasitárias, Lisboa, 19-44 pp.

FERREIRA, M. L. C (2005) – A doença do peito. Contributo para o estudo histórico da tuberculose. Dissertação de Mestrado em História Contemporânea à Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 1-112 pp.

FOUCAULT, Michel (2005) – Microfísica do Poder, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Graal, 1-93 pp.

GARNEL, M. R. L. (2009) – “Portugal e as Conferências Sanitárias Internacionais (Em torno das epidemias oitocentistas de Cholera-morbus)” *in*: Revista de História da Sociedade e da Cultura, 9 (2009) 229-251 pp.

JORGE, Ricardo (2010) – A peste bubónica no Porto (1858-1939, Porto, Deriva, 1-157 pp.

JORGE, Ricardo (1913) – “Demogenia e mortalidade das cidades portuguesas” *in*: Arquivos do Instituto Geral de Higiene, Vol. I, Coimbra, 84-100 pp.

JORGE, Ricardo (1920) – *Hygiene Militante*, Lisboa.

JORNAL “ O Panorama Contemporâneo (1883). pp. 4-5, 13, 21-22.

KIRRK, D (1996) - Demographic Transition. *Population Studies* 50 (3): 361-87.

LEWONTIN, R.C. (2001) – “As causas e seus efeitos” *in* *Biologia como ideologia. A doutrina do D.N.A.* Capítulo 3, FUNPEC, 138 pp.

LOPES, M.A. (2011) – “As grandes datas da existência: momentos privados e rituais públicos” *in*: *História da vida privada em Portugal. A época Contemporânea.* (Dir. José Matoso), (Coord. Irene Vaquinhas), Circulo de Leitores, 152-193 pp.

LOPES, M. A. (1993) – “ Os pobres e a assistência pública” *in*: *História de Portugal* (Direcção de José Matoso), V Volume: *O Liberalismo (1807-1890)*, 501-515 pp.

LOUREIRO, I.; Miranda, N.(2010) – *Promover a saúde*, Almedina, Coimbra.

LOUREIRO, J.P. (1937) - *Anais do Município de Coimbra (1870–1889)*.

LOUREIRO, J.P. (1939) - *Anais do Município de Coimbra (1890-1903)*.

LOUREIRO, J.P. (1952) – *Anais do Município de Coimbra (1904-1919)*.

MAIA, J.J. (2000) - *Transição epidemiológica, infra-estruturas urbanas e desenvolvimento: a cidade do Porto*, *Análise Social*, vol. XXXV (156), 583-604 pp.

MARMOT, M.; Johannes S. (2006) – *Social inequalities in health. New evidence and policy implications*, Oxford University, New York.

MARQUES, A. H. de Oliveira (1991) – “A base demográfica” *in*: *Nova História de Portugal. Da Monarquia Para a República*, Lisboa, Presença, 13-36 pp.

MARQUES, A. H. de Oliveira (1991) – “A Sociedade e as instituições sociais” *in*: Nova História de Portugal. Da Monarquia Para a República, Lisboa, Presença, 187-239

MATIAS, Isabel et all.(2002) – Higiene e Salubridade no Porto (1850-1930), Porto, Caseiras 1-43 pp

MARTINS M. M. (2006) – “ A Higiene e a Salubridade na Urbe Albicastrense durante o século XIX” *in*: Medicina na Beira Interior. Da Pré-história ao século XXI, Cadernos de Cultura nº XX.

MCGARVEY, S.T.; Taylor, N. M.; Petters, J. (2004) – The chaging face of disease implications for society. Society for the study of human biology series, crc press.

MCMICHAEL, A. J. (1999) - Urbanisation and urbanism in industrialised nations, 1850 – present: implications for health in Urnanism. Health and Human Biology in Industrialised Countries Ed. Schell and Ulijaszek, Cambridge University Press (Cambridge, UK).

MELLO D. Matos (1903) – “Pateos de Lisboa (Ano de 1902)”, nº 88, 1 de Março de 1903, pp. 29-31.

MENDES, José Amado (2007). História do Abastecimento de Água a Coimbra: Águas de Coimbra, Coimbra, 1-80 pp.

MENDES, José Amado (1981). “Para a história do movimento operário em Coimbra”. *In*: Revista Análise Social, vol. XVII (67-68), 1981-3.º-4.º, 603-614 pp.

MIRA, M. F. (1947) - História da medicina portuguesa. Lisboa: Empresa Nacional de Publicidade.

MONTENEGRO, Augusto Pinto (1907) – “O Problema da habitação”. *In*: Revista “Construção Moderna” Nº 264 e 265, 10 e 20 Julho de 1907, 287, 288 pp.

MORAIS, M. G. D. (1945) – Causas de Morte no século XX. Transição e estruturas da mortalidade em Portugal continental, Lisboa, Colibri.

MOTA, G. (2010) – “Famílias em Coimbra nos séculos XVIII e XIX” *in*: Revista de História da Sociedade e da Cultura, 10 Tomo, 353-385 pp.

MOURÃO, Alberto (1994) – Crónica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra, 9-17 pp.

NOGUEIRA, H. G. S. M. (2001) – Mortalidade e Morbilidade Hospitalar por tumor maligno em Portugal Continental. Dissertação de Mestrado em Geografia Humana na Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 43-86 pp.

PATSOPOULO NA, Tatsioni A, Ioannidis JPA, (2007) - Claims of Sex Differences, an Empirical Assessment in Genetic Associations. *Journal of the American Medical Association*, 298(8):880-893 pp.

PEREIRA, A. L.; Pita, J.R. (2011) - . *in*: História da vida privada em Portugal. A época Contemporânea. (Dir. José Matoso), (Coord. Irene Vaquinhas), Circulo de Leitores, 92-116 pp.

PEREIRA, Miriam H.(1969) – “Demografia e desenvolvimento em Portugal na segunda metade do século XIX” *in*: Revista Análise social, Vol. VII (nº 25-26) 85-117 pp.

POLLARD T M, Hyatt S B. (1999) - Sex, gender and Health: integrating biological and social perspectives in Sex, Gender and Health. Ed Pollard and Hyatt, Cambridge University Press (Cambridge, UK).

QUINTEL (2006) - A Utilização e o Domínio da Água na Bacia Hidrográfica do Rio Mondego. Problemas e Soluções ao Longo do Tempo, Lisboa, Cehidro.

REID D. D. Hamilton P J S, McCartney P. et al (1974) - Cardiorespiratory disease and diabetes among middle-aged male civil servants, *Lancet* 1974, i469–473.473).

RIBEIRO (1987) - Coimbra e a Região, Presença, Lisboa

RODRIGUES, T. (1994) – “Epidemias” *in*: Dicionário de História de Lisboa (Dir. de Francisco Santana e Eduardo Sucena). Lisboa: Carlos Quintas & Associados - Consultores Lda. 1994. 339-340.

ROQUE, João L. (2000) – “Epidemias no distrito de Coimbra no século XX” (1830-1870). *in*: Revista Portuguesa de História, t. XXXIV. 1-152 pp.

SANCHES (1996) - O Problema Secular do Mondego e a sua resolução.

SANCHES, António Ribeiro (2003) – Tratado da conservação dos povos, Universidade da Beira Interior, Covilhã. 1-96 pp.

SAAVEDRA, Mónica (2010) - “Uma questão nacional” : Enredos da malária em Portugal, séculos XIX e XX – Tese de Doutoramento em Ciências Sociais. Especialidade: Antropologia Social e Cultural disponível [em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1883/1/ulsd058740_td_Monica_Saavedra.pdf].

SANTOS, Ana Luísa – TB files: new hospital data (1910-1936) on the Coimbra Identified skeletal collection” *in*: Tuberculosis past and present. 1999. (Gyorgy Pálfi Oliver). 127-134 pp.

SERRA, I. (2003) – Rotas do Paludismo. *in*: Comemorações Internacionais dos 10 anos da Red de Intrecambios para la Historia y la Epistemologia de las Ciências Químicas y Biológicas. Centro Interdisciplinar de Ciência, Tecnologia e Sociedade da Universidade de Lisboa. Departamento de Matemática da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa.

SILVA, J. G. Silva (1899) – A peste bubónica, 1-210 pp.

SIMÕES, A. A. C. (1888) – “A pobreza e a doença” *in*: A minha administração dos H. da Universidade de Coimbra. 49-52 pp.

SIMÕES, A. A. C. (1888) – “A crise financeira” *in*: A minha administração dos H. da Universidade de Coimbra. 1- ?? pp. ??

THOMAS, Micheown (1988) – As origens da doença humana. Lisboa. Editorial Caminho. 119-120 pp.

UCHÔA, E. & VIDAL, J. M. (1994) – Medical Anthropology: Conceptual and Methodological Elements for an Approach to Health and Disease, *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10 (4): 497-504, Oct/Dec.

ULJASZEK, J. S.; Shell, L. M. (1999) – Health and human biology in industrialised countries. Society for the study of human biology symposium 39, British.

VAQUINHAS, M. I; Rui Casção (1983) – “Evolução da sociedade em Portugal, a lenta e complexa afirmação de uma civil burguesia” *in*: História de Portugal (Dir. de José Mattoso), V Volume: O Liberalismo (1807-1890) (Coord. Luís Reis Torgal e João Lourenço Roque). S/I: Círculo de Leitores, 441-457 pp.

VAQUINHAS, M. I. (2011) – “História da vida privada em Portugal” *in*: História da vida privada em Portugal. A época Contemporânea. (Dir. José Matoso), (Coord. Irene Vaquinhas), Círculo de Leitores.

VAQUINHAS, M. I. (2002) – “ Linhas de Investigação para a história das mulheres nos séculos XIX e XX”. *in*: Revista da Faculdade de Letras, História, Porto, III Série. Vol. 3. 201-221 pp.

VAQUINHAS, M. I. (1991) – “Um espaço em transformação: a extensão da cultura do arroz nos campos do Mondego, 1856-88” *in*: Revista Análise Social, Vol. XXVI (112-113), (3-4º), 689-703 pp.

VAQUINHAS, M. I. (1955) – Senhoras e mulheres na sociedade portuguesa do século XIX, Lisboa, Colibri, 1-196 pp.

VAQUINHAS, M. I. (1995) – Violência, justiça e sociedade rural, Os campos de Coimbra, Montemor-o-Velho e Penacova de 1858 a 1918, biblioteca das ciências do homem, Porto, Afrontamento. 1-542 pp.

VIGARELLO, Georges (1988) – O limpo e o sujo. A higiene do corpo desde a Idade Média, Lisboa, Fragmentos, 122, 134, 160

WATTS, Sheldon (1999) – Epidemias and history disease, power and imperialism, British.

Anexos

Tabela A1. Tipo de sepultura.

Tipo de Sepultura	Jazigo	Sepultura Rasa	Vala Geral
Código	1	2	3

Tabela A2. Sexo/códigos

Sexo	Masculino	Feminino	RN s/ sexo	Nado Morto
Código	101	102	103	104

Tabela A3. Ano/códigos

Ano	Código
1884	1
1885	2
1886	3
1887	4
1888	5
1889	6
1890	7
1891	8
1892	9
1893	10
1894	11
1895	12
1896	13
1897	14
1898	15
1899	16
1900	17
1901	18
1902	19
1903	20
1904	21
1905	22
1906	23
1907	24
1908	25
1909	26
1910	27

Tabela A4. Classes sociais

Classe Alta	(1)	100
Administrador, solicitador		121
Advogado		113
Cirurgião, médico		112
Clero, deão, padre, sacerdote		115
Curador, conservador		127
Dona de casa		119
Engenheiro		122
Estudante		118
Industrial		125
Juíz de direito		123
Militares de patente alta, major, general, tenente		117
Professor		114
Proprietário		116
Regente, procurador		128
Lentes		111
Veterinário		126
Vice reitor da universidade, reitor, secretário governo civil		124

Classe Média Alta	(2)	200
Alfaiate		211
Construtor		223
Contínuo da universidade, empregado da universidade		215
Desenhador		225
Doméstica		220
Enfermeira		224
Empregado da câmara, escrevente, escrivão		216
Fotógrafo		218
Funconário público, archeiro, tesoureiro, bedel, inspector do selo, etc.		214
Governanta de casa		222
Lavrador, agricultor		221
Militar, chefe da polícia		217
Modista		212
Músico, compositor		226
Negociante, marchante		

Classe Média Baixa	(3)	300
Acarretador, carregador		353
Almocreve		387
Alquilador		330
Aparadeira		398
Apontador		381
Armador		376
Barbeiro		346
Barqueiro		326
Bengaleiro		369
Bombeiro		397
Boutequineira		331
Cabelereiro		380
Calceteiro		356
Caldeireiro		373
Canastreiro		332
Canteiro, cantoneiro		321
Capelista		382
Caixeiro, comerciante, empregado de comércio		316
Cardador		390
Carreiro/corrieiro		350
Carpinteiro		338
Chapeleiro		329
Carteiro, empregado de correio		315
Carvoeiro		385
Cobrador		379
Cocheiro		320
Contratadeira		371
Cortador		342
Costureira		362
Cozinheiro		347
Distribuidor		388
Empregado		363
Encadernador		340
Engomadeira		393
Envernizador		346
Espingardeiro		389
Estureiro, jardineiro		337
Estucador		341
Fabricante de bolacha/ louça		391
Feitor		395
Ferrador, fundidor		333
Fiadeira		317
Florista		368
Fogueteiro		324
Forneiro		364
Funileiro		352
Guarda civil, vigia, polícia		358
Impressor		359
Leiteira		367
Louceiro		351

Maquinista	372
Marceneiro	318
Mecânico	355
Moleiro	313
Oleiro	311
Padeiro	365
Paliteira	322
Parteira	361
Pastor	366
Polidor de pedra	370
Porteiro	360
Prateguimeira	377
Prebisteiro	374
Relojoeiro	335
Taberneiro	344
Tanoeiro	383
Tecelão, tecedeira	314
Telegrafista	349
Tintureiro	312
Tipógrafo	339
Torneiro	392
Trabalhador, operário	328
Tratador de gado	375
Sapateiro	325
Seleiro, estalajadeiro, peneireira	396
Segeiro	386
Serrador	345
Serralheiro	319
Serviço agrícola	348
Soldado, sargento, cabo	323
Vendedor Ambulante	354
Vendor, vendeiro	343
Vidraceiro	357
Violeiro	384

Classe Baixa	(4)	400
Aguadeira		414
Artista		425
Asilado, orfão		417
Caboqueiro		426
Carroçeiro		429
Cauteleiro		421
Criados		416
Engraxador		427
Farrapeiro		431
Inválido, intrevada		420
Jornaleiro	(6)	411

Latoeiro	423
Lavadeira	412
Meretriz	418
Moço de fretes/ recados	419
Pescador	428
Servente	413
Todo o serviço, serviço caseiro	415
Tremoceira	430
Vendedor de jornais	422

Pobres	(5)	500
Mendigo, pedinte		511

Tabela A5. Doenças

Grupo I - Causas Externas	6	600
Acidentes		603
Homícidios		601
Intoxicações/envenenamentos		604
Suicídios		602

Grupo II - Doenças Infecciosas e Parasitárias	7	700
Abcessos		744
Amolecimento cerebral		730
Anginas		741
Apêndicite		752
Antrax		738
Ataxia locomotora		743
Bronquite		737
Catarró gástrico, entero-colite, gastroenterite		729
Cistite		733
Cólera		702
Coqueluche, tosse convulsa		712
Croup		735
Difteria, angina diftérica, meningite diftérica		710
Disenteria		709
Encefalite epidémica, meningo-encefalite		717
Erisipela		734
Escarlatina		714
Febres		749
Febre amarela		703
Febre tifoide		708
Fleigmão		722
Gangrena		726
Garrotilho		727
Gripe, influenza		715
Exantemático		705
Impaludismo, caquexia palustre, febre intermitente, febre perniciosa, febre palustre/paludosa		711
Infecção ocular		740
Infecção pulmonar, pleuresia		739
Laringite		723
Lepra, morphêa		707
Melitococcia		719
Meningite, congestão das meningeas		718
Metrite crónica		745
Osteomielite		736
osteo-periostite, necrose ossos/dentes, cárie		750
Papeira		732
Parotidite		746
Peritonite		724

Peste	701
Pneumonia	728
Poliomielite	716
Sarampo	713
Septicémia	748
Senilidade, morte súbita	731
Sífilis, pennglus, rúpia	721
Ténia, vermes	747
Tétano	725
Tesorelho	742
Tifo	704
Tuberculose, escrapulose, granulia, hemotise, mal de pott, tumor branco	720
Vaginite	751
Variola, bexigas	706

Grupo III - Causas Orgânicas e Degenerativas	8	800
Albuminuria		821
Alcoolismo, ascite, cirrose		805
Aneurisma		826
Apoplexia pulmonar		841
Arterio-esclerose		827
Artrite		835
Asma		844
Athrepsia		820
Atrofia dos membros		843
Cancro e outras neoplasias, angioma, epitelioma		810
Caquexia		845
Caquexia senil		824
Congestão pulmonar		829
Convulsões		828
Demência		842
Diabetes		809
Diarreia, enterite		804
Displepsia, dilatação do estômago		834
Doenças crônicas do coração, insuficiência mitral, pericardite		811
Doenças de nutrição, beriberi, escorbuto		806
Doença do sono		822
Eczema		819
Edema da glote		825
Embolia cerebral, embolia pulmonar		840
Enfisema pulmonar		847
Epilpsia		838
Esclerose generalizada, cerebro-espinhal		831
Gota		817
Hemofilia		846
Hepatite, icterisia		830
Hérnia		839
Hidrocefalia		815
Hipertofia da próstata		833

Mal de bright	814
Mortalidade infantil e debilidade congénita antes do nascer e ao nascer, eclampsia	802
Mortalidade materna, eclampsia	801
Nefrite	813
Oclusão intestinal invaginação intestinal	818
Osteite, periostite	836
Osteomalácia	808
Pemphilus	832
Purpura	837
Raquitismo	807
Spina bífida	816
Úlceras	823
Vasos e rins, uremia	812

Grupo IV – Outras	9	900
Adenopatias, adenites		914
Alienação mental		908
Anasarca		902
Apoplexia hemorrágica, hemorragia cerebral, hemorragias		910
Apoplexia cerebral, avc, embolia cerebral		912
Ateroma, ateromatose		915
Asfixia		905
Ciática		921
Congestão cerebral		909
Contusão, rotura		917
Doenças de pele		918
Doenças do útero		919
Edemas		907
Flebite		916
Hematurite vesical		911
Hemiplagia		920
Hidropsia		913
Fraturas, traumatismos		904
Mielite		903
Paralisia		906
Prolapso retal		922
Reumatismo		901

Sazonalidade dos óbitos

1. Análise de χ^2 para testar a hipótese nula de que não houve sazonalidade dos óbitos no período entre 1884 e 1889.

H_0 = a distribuição observada não difere significativamente da distribuição esperada,

e

H_A = a distribuição observada difere significativamente da distribuição esperada.

Tabela A6

Mês	Óbitos	Esperados	(O-E) ² /E
Janeiro	253	224,4	3,65
Fevereiro	295	224,4	22,2
Março	200	224,4	2,6
Abril	192	224,4	4,6
Mai	203	224,4	2,03
Junho	163	224,4	16,8
Julho	233	224,4	0,3
Agosto	218	224,4	0,18
Setembro	225	224,4	1,6
Outubro	250	224,4	2,9
Novembro	224	224,4	7,1
Dezembro	237	224,4	0,7
Total			64,66

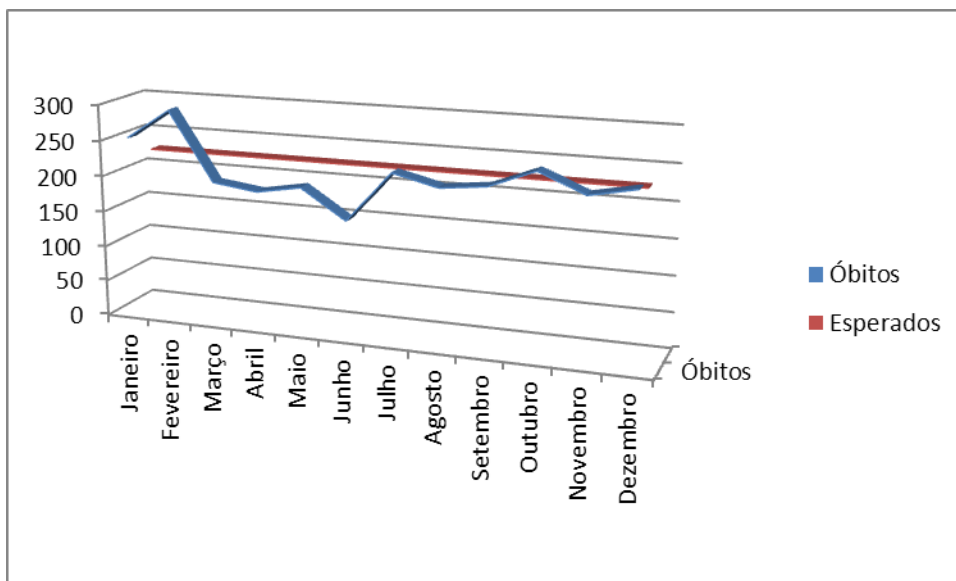


Figura. A1

O valor crítico de χ^2 para graus de liberdade $\nu = 11$ e nível de significância $\alpha = 0,05$ é 19,675. Dado que o valor de χ^2 observado é superior ao valor crítico, rejeitou-se a hipótese nula. Por esta razão aceitou-se como verdadeira, a hipótese alternativa. Logo, existe sazonalidade dos óbitos.

2. Análise de χ^2 para testar a hipótese nula de que não houve sazonalidade dos óbitos no período entre 1890 e 1895.

Tabela. A7

Óbitos	Esperados	(O-E) ² /E
311	258,4	3
248	258,4	0,4
268	258,4	0,3
213	258,4	7,9
245	258,4	0,7
236	258,4	1,9
257	258,4	0,01
256	258,4	0,02
278	258,4	1,5
267	258,4	0,3
240	258,4	1,3
282	258,4	2,1
3101	3101	19,43

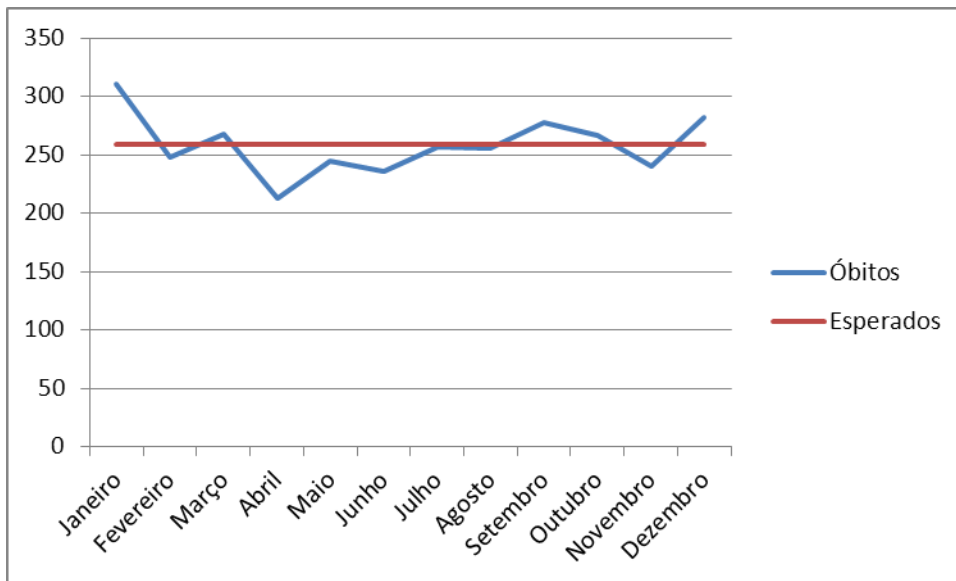


Figura. A2

Neste período (1890 e 1895) não se verificou sazonalidade dos óbitos, dado que o valor crítico de χ^2 é superior ao valor observado (19,43).

3. Análise de χ^2 para testar a hipótese nula de que não houve sazonalidade dos óbitos no período entre 1895 e 1900.

Tabela. A8

Mês	Óbitos	Esperados	(O-E) ² /E
Janeiro	218	196,8	2,3
Fevereiro	185	196,8	0,7
Março	222	196,8	3,2
Abril	185	196,8	0,7
Maio	174	196,8	2,6
Junho	173	196,8	2,8
Julho	203	196,8	0,2
Agosto	193	196,8	0,07
Setembro	199	196,8	0,02
Outubro	179	196,8	1,6
Novembro	188	196,8	0,4
Dezembro	243	196,8	10,8
Total	2162	2162	25,39

4. Análise de χ^2 para testar a hipótese nula de que não houve sazonalidade dos óbitos no período entre 1900 e 1904.

Tabela. A9

Mês	Óbitos	Esperados	(O-E) ² /E
Janeiro	213	201,3	0,6
Fevereiro	224	201,3	2,5
Março	232	201,3	4,6
Abril	190	201,3	0,6
Maió	192	201,3	0,4
Junho	165	201,3	6,5
Julho	217	201,3	1,2
Agosto	222	201,3	2,1
Setembro	179	201,3	2,5
Outubro	187	201,3	1,01
Novembro	187	201,3	1,01
Dezembro	208	201,3	0,22
Total	2416	2416	23,24

O valor crítico de χ^2 para graus de liberdade $v = 11$ e nível de significância $\alpha = 0,05$ é 19,675. Dado que o valor de χ^2 observado é superior ao valor crítico, rejeitou-se a hipótese nula. Por esta razão aceitou-se como verdadeira, a hipótese alternativa. Logo, existe sazonalidade dos óbitos.

5. Análise de χ^2 para testar a hipótese nula de que não houve sazonalidade dos óbitos no período entre 1905 e 1910.

Tabela. A10

Mês	Óbitos	Esperados	(O-E) ² /E
Janeiro	196	187,1	0,4
Fevereiro	213	187,1	3,5
Março	169	187,1	1,7
Abril	165	187,1	2,6
Maió	181	187,1	0,2
Junho	165	187,1	2,6

Julho	193	187,1	0,2
Agosto	192	187,1	0,1
Setembro	182	187,1	0,1
Outubro	213	187,1	3,5
Novembro	182	187,1	0,1
Dezembro	194	187,1	0,3
Total	2245	2245	15,3

Neste período (1890 e 1895) não se verificou sazonalidade dos óbitos, dado que o valor crítico de X^2 é superior ao valor observado (19,43).

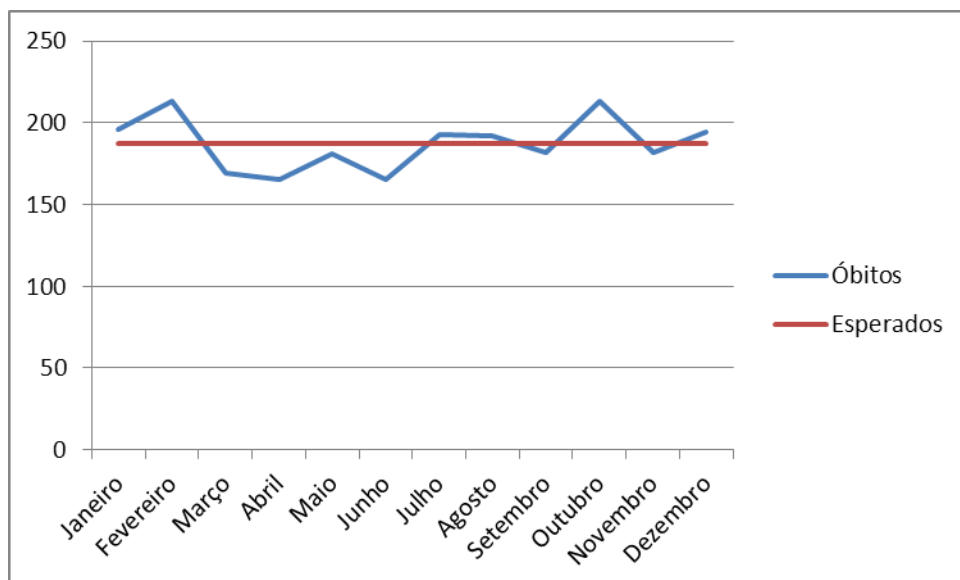


Figura. A3