

A MORTALIDADE INFANTO-JUVENIL (0-7 ANOS) EM VÁRIAS PARÓQUIAS BARCELENSES (1860-1989)

Fernando A. S. Miranda

Introdução

O abandono e a mortalidade das crianças recém-nascidas ou em idades jovens tornou-se uma realidade crua nas sociedades tradicionais de Antigo Regime. Hoje, a nossa revolta torna-se maior, quando estes «desprotegidos» ficam à mercê dos erros e desleixo dos adultos —sociedade— em virtude destes não propiciarem as condições favoráveis à sua sobrevivência.

Se o factor humano contribuiu na selecção deste tema, outros se salientaram. Como investigadores dos fenómenos histórico-demográficos e após termos feito um estudo sobre uma paróquia rural minhota numa perspectiva de longa duração (Miranda, 1993), constatamos que um dos indicadores que mais nos interessou em aprofundar, foi o da mortalidade infanto-juvenil (0-7 anos). Ficámos admirados com alguns aspectos: a existência de relativas baixas taxas de mortalidade infanto-juvenil, desde o séc. XVIII até aos nossos dias quando comparadas com outras regiões da Europa Ocidental e do momento tardio da redução das mesmas, em particular da primeira¹. Estes factos tornam-se relevantes quando inseridos no contexto sócio-económico da comunidade.

¹ A paróquia analisada foi a de Alvito S. Pedro. É de características rurais, tal como o concelho onde está inserida: Barcelos. Este é composto por 89 freguesias e enquadra-se na zona litoral do noroeste de Portugal, mais concretamente no coração da região do Minho.

Nestes últimos anos, Barcelos tem sofrido um processo activo de industrialização no sector têxtil, calçado e cerâmica, apesar de ainda ser considerado um concelho de âmbito rural, porque a sua área geográfica e as actividades inerentes à maioria da sua população relacionam-se com a exploração da terra e criação de gado.

No sentido de esclarecermos estas dúvidas e tendo por objectivo conhecer e explicar os aspectos que estão subjacentes a todo o processo de evolução da mortalidade infanto-juvenil, resolvemos estudar um elevado número de paróquias rurais do concelho de Barcelos². Além disso, interessou-nos saber em que altura temporal a mortalidade das crianças em Barcelos sofreu o impacto das alterações estruturais resultantes da modernização nestas últimas décadas, sobretudo após a Revolução de Abril de 1974.

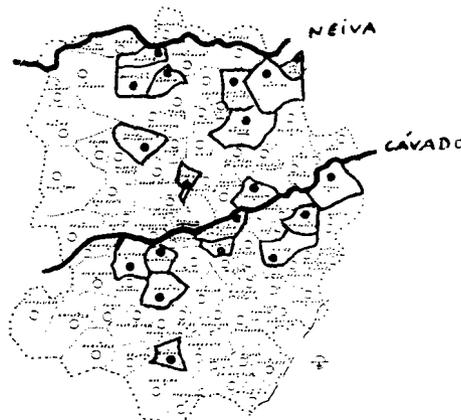
Sabendo nós que, a mortalidade infanto-juvenil é uma das variáveis privilegiadas para o estudo do desenvolvimento e da qualidade de bem estar de uma sociedade, pareceu-nos relevante saber como se relacionaram as transformações sócio-económicas com o comportamento das populações, bem como os factores explicativos que estiveram por detrás dessa realidade.

É numa vertente micro, de análise quantitativa e qualitativa, que iremos tentar responder a algumas destas lacunas, no sentido de aprofundarmos o conhecimento deste indicador, não só em relação a Portugal, mas também a nível Europeu.

Fontes e metodologia

A generalidade dos trabalhos actuais sobre mortalidade infanto-juvenil partem de fontes de carácter estatístico: de âmbito nacional que

² Mapa do concelho de Barcelos.



reproduzem os dados do registo civil ou dos censos —ou geral— caso dos anuários fornecidos pelas Nações Unidas ou outros guias de carácter mais particular (Louriaux e Remi, 1980: 295-296). Neste trabalho, optámos por outra fonte de aproximação diferente que nos é peculiar: os Registos Paroquiais.

Estas fontes, de 1860 em diante e até à actualidade, registaram sistematicamente e com relativa precisão os óbitos de todos os nado-vivos, ou seja, de todos os indivíduos nascidos mesmo que a morte os levasse antes de receberem o sacramento solene do baptismo (Amorim, 1987: 27S-276 e Miranda, 1993: 47-48)³. É possível que haja falhas, um ou outro sub-registo originados por diversas circunstâncias: incúria ou desinteresse em registar um recém-nascido que morreu ao nascer ou porque a família da criança não perfilhe a crença religiosa da comunidade... Todavia, estas dificuldades parecem-nos mais aparentes do que reais. Não só porque as comunidades estudadas permaneceram totalmente fieis à religião Católica, mas também porque pudemos constatar que aquelas crianças que nasciam e morriam logo, genericamente, foram registadas imediatamente com ou sem baptismo nos livros de óbito⁴.

De acordo com estes dados, o nosso estudo abarcou o período de 1860 a 1989 com relativa segurança. Houve décadas que não foram analisadas, porque havia falhas de registos em alguns anos, por razões que nos são alheias. Estão relacionadas com a má qualidade dos assentos, ou, porque grande parte dos mesmos só existem nessas paróquias a partir de 1910/11, após a implantação da República⁵.

Deste modo, os registos ao serem sistemáticos e ao obedecerem a uma coerência interna própria, indiciam-nos que os mesmos se tornam susceptíveis de tratamento imediato, sugerindo-nos a obtenção de resultados relativamente consistentes.

³ No Arcebispado de Braga até 1860 e segundo as próprias Constituições, a maioria dos párocos não registaram os óbitos das crianças menores de 7 anos, pois só a partir dessa idade é que elas passariam a ter o uso da razão e a entrar em pleno na comunidade religiosa, após adquirirem o sacramento da confissão e comunhão. Eram considerados «anjos» e não estavam sujeitos às penas eternas (Guimarães, 1987: 275-276).

⁴ Muitas destas crianças eram baptizadas não pelo pároco, mas por alguém que acompanhava o parto. Nos assentos desses baptizados havia a seguinte observação: «...por necessidade e sob conditione...».

⁵ Em consequência da implantação da República em Portugal, em 5-10-1910, algum tempo após surgiu o Registo Civil. A partir dessa altura, os párocos foram obrigados a elaborar extractos dos nascimentos, casamentos e óbitos, tendo como datas limites 1860 e 1910/11, já que os originais tiveram de ser entregues no Registo Civil. Porém, há algumas paróquias onde não foi possível encontrar a duplicação dos assentos.

Para a realização deste artigo, seleccionámos um número razoável de paróquias barcelenses de características sócio-económicas similares, mas que se situavam em quadrantes geográficos diferentes no concelho. Esta ampla amostra, dezanove paróquias, não foi totalmente informatizada, pois não houve tempo para o fazer, o que nos impediu de cruzar os diferentes dados demográficos e de poder utilizar o método de «Reconstituição de Paróquias» para o estudo da mortalidade infanto-juvenil (Amorim, 1991: 7-25). Assim, optámos por uma metodologia agregativa de dados referentes às séries vitais, partindo de um processo de identificação das famílias das crianças falecidas. Este método de exploração de dados baseado em contagens cuidadosas, sistemáticas e pormenorizadas, tem alguns inconvenientes, em especial da possível margem de erro derivar da incidência dos movimentos migratórios dessas crianças. Porém, com a identificação das famílias —trabalho exaustivo e moroso— foi nos possível verificar que para além desses movimentos migratórios serem mínimos nessas idades, os respectivos agregados familiares permaneceram na comunidade em estudo.

Os dados apresentados incidiram sobre as crianças legítimas e ilegítimas, prescindindo dos enjeitados (expostos) devido aos problemas que estes nos colocavam no ajuizar sobre a sua permanência nas paróquias após o baptismo⁶.

As técnicas usadas para o cálculo da mortalidade infanto-juvenil resultaram da aplicação da definição geral (Henry, 1970: 118-125), partindo de séries paralelas de baptismos e óbitos das crianças até aos 7 anos. Esta idade foi considerada o momento fulcral na emancipação das mesmas, quer a nível religioso (acesso à confissão e comunhão), quer a nível familiar e da comunidade (entrada na escola primária e aparecimento dos primeiros contactos mais prolongados com os outros) (Miranda, 1993: 154-155).

Estes elementos quantitativos funcionarão como indicadores aproximados da mortalidade real das crianças (0-7 anos), no sentido de aprofundarmos a evolução cronológica deste fenómeno no âmbito regional e nacional. Pretendemos ser rigorosos, todavia temos a consciência de que há muitas dificuldades a superar no estudo deste indica-

⁶ No acto de levantamento dos dados foram registados todos os aspectos relacionados com os indicadores da paróquia em estudo: acto de nascer, casar e morrer, caso fossem realizados nessa comunidade.

Os levantamentos foram feitos por um grupo de alunos meus segundo a minha orientação e coordenação.

dor, o qual funciona como variável central no processo de desenvolvimento económico e social de uma comunidade (Hohn, 1986: 791-816).

Ainda estamos num estado de hipóteses. os documentos não são muito acessíveis, sendo necessário proceder a longas pesquisas para colmatar as lacunas e «silêncios» existentes (Poulain e Tabutin, 1980: 143-144).

Evolução da mortalidade infantil

A amostra apresentada neste artigo corresponde aproximadamente a 20% do número de freguesias do concelho de Barcelos, o que nos permitirá tirar várias ilações sobre a evolução da mortalidade infanto-juvenil nesta região minhota, desde o último quartel do séc. XIX até 1989.

Num primeiro momento, optámos por individualizar as diferentes paróquias, no intuito de constatar variações locais e regionais. De seguida, englobámos todos os dados referentes às mesmas, com a ideia de ficarmos a conhecer e a compreender melhor a evolução da mortalidade infantil ao longo dos tempos em Barcelos, podendo-se perspectivar a(s) década(s) chave(s) da sua descida, indicando e explicando os respectivos factores que estarão subjacentes⁷.

⁷ Quadro de dados absolutos aglutinados das paróquias em estudo.

| | Nascidos | | Falecidos 0-1 | | Falecidos 1-7 | |
|---------|-----------|----------|---------------|----------|---------------|----------|
| | Masculino | Feminino | Masculino | Feminino | Masculino | Feminino |
| 1860-69 | 540 | 507 | 49 | 36 | 65 | 45 |
| 1870-79 | 584 | 562 | 63 | 59 | 84 | 60 |
| 1880-89 | 663 | 664 | 91 | 64 | 92 | 71 |
| 1890-99 | 752 | 778 | 112 | 72 | 84 | 91 |
| 1900-09 | 959 | 859 | 100 | 70 | 88 | 98 |
| 1910-19 | 1.293 | 1.257 | 153 | 100 | 132 | 140 |
| 1920-29 | 1.586 | 1.578 | 205 | 166 | 134 | 143 |
| 1930-39 | 1.860 | 1.796 | 169 | 128 | 132 | 131 |
| 1940-49 | 2.074 | 1.892 | 207 | 125 | 128 | 143 |
| 1950-59 | 2.293 | 2.108 | 159 | 112 | 88 | 88 |
| 1960-69 | 2.645 | 2.377 | 163 | 125 | 52 | 40 |
| 1970-79 | 2.454 | 2.416 | 66 | 54 | 22 | 20 |
| 1980-89 | 1.903 | 1.788 | 35 | 15 | 13 | 9 |

Quadro 1
Quociente de mortalidade 0-1 ano em algumas paróquias
barcelenses (1860-1989)

| | 1860 | 1870 | 1880 | 1890 | 1900 | 1910 | 1920 | 1930 | 1940 | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 1869 | 1879 | 1889 | 1899 | 1909 | 1919 | 1929 | 1939 | 1949 | 1959 | 1969 | 1979 | 1989 |
| Aborim | 116 | | | 99 | 46 | | | | 83 | 40 | 73 | 19 | |
| Airó | 47 | 79 | 76 | 169 | 91 | 113 | 100 | 77 | 59 | 27 | 33 | 32 | 0 |
| Aguiar | 74 | 114 | 121 | 174 | 109 | 115 | 121 | 36 | 74 | 42 | 17 | | 10 |
| Alheira | 60 | 65 | 120 | 127 | 93 | 83 | 90 | 66 | 96 | 65 | 69 | 17 | 23 |
| Alv. S. Pedro | 109 | 149 | 113 | 60 | 61 | 110 | 77 | 52 | 52 | 25 | 36 | 28 | 13 |
| Carvalhoal | | | | | | 138 | 133 | 97 | 71 | 67 | 39 | 19 | 8 |
| Encourad. | 85 | 141 | 113 | 134 | 91 | 183 | 91 | 110 | 103 | 53 | 25 | 29 | 0 |
| Gamil | 37 | 78 | 100 | 134 | 56 | 56 | 165 | 58 | 53 | 99 | 55 | 0 | 9 |
| Gilmonde | 133 | 61 | 95 | 86 | 108 | 192 | 128 | 87 | 80 | 82 | 58 | 27 | 4 |
| Gual | | | | | | 107 | 161 | 70 | 112 | 102 | 57 | 8 | 0 |
| Igr. Nova | 88 | 187 | 73 | 148 | 121 | 53 | 99 | 77 | 57 | 65 | 61 | 42 | 0 |
| Manhente | | 194 | 198 | 122 | 110 | 79 | 75 | 102 | 96 | 41 | 69 | 27 | 13 |
| Pereira | | | 148 | 98 | 134 | 93 | 128 | 59 | 84 | 47 | 79 | 22 | 16 |
| Pousa | | | | | | 43 | 148 | 101 | 126 | 84 | 49 | 24 | 10 |
| Quintiães | 24 | 66 | 84 | 66 | 68 | 112 | 179 | 74 | 50 | 63 | 74 | 65 | 24 |
| Roriz | | | | | | 93 | 116 | 74 | 96 | 73 | 52 | 39 | 17 |
| S.Eugénia | | 87 | 100 | 112 | 98 | 76 | 104 | 81 | 74 | 49 | 71 | 0 | 17 |
| Vila Boa | | | | | | 128 | 110 | 59 | 55 | 51 | 82 | 13 | 23 |
| Tam Leoc. | | | | | | 26 | 82 | 42 | 50 | 52 | 61 | 23 | 54 |

No decurso deste longo período de 130 anos, a evolução da mortalidade infantil nas diversas paróquias barcelenses acentua aspectos comuns relevantes e algumas diversidades.

Partindo de uma análise global e tendo por base de comparação outros valores, sobretudo até à 2ª Guerra Mundial (Poulain e Tabutin, 1980: 114-157), parece-nos que a mortalidade infantil no concelho de Barcelos não foi muito dura, exceptuando uma ou outra década em certas paróquias cujas taxas estão acima de 150‰ - Manhente (1870 a 1889); Igreja Nova (1870-79); Gual e Gamil (1920-29); Gilmonde (1910-19); Airó e Aguiar (1890-99).

A mortalidade infantil atingiu valores elevados em determinadas décadas, apesar das variações locais: 1870, 1880, 1890, 1910 e 1920. Estes factos indicam-nos que os decénios finais do séc. XIX foram terríveis para as crianças, bem como os primeiros do séc. XX: 1910-19 e 1920-29.

Os últimos anos do séc. XIX foram difíceis para a população portuguesa. O sector agrícola vivia uma época de incerteza. A escassez das colheitas de trigo e centeio e respectiva subida dos seus preços e a moléstia que atacou a viticultura (doença da filoxera), causaram graves estragos nos rendimentos daqueles que viviam da terra e das populações

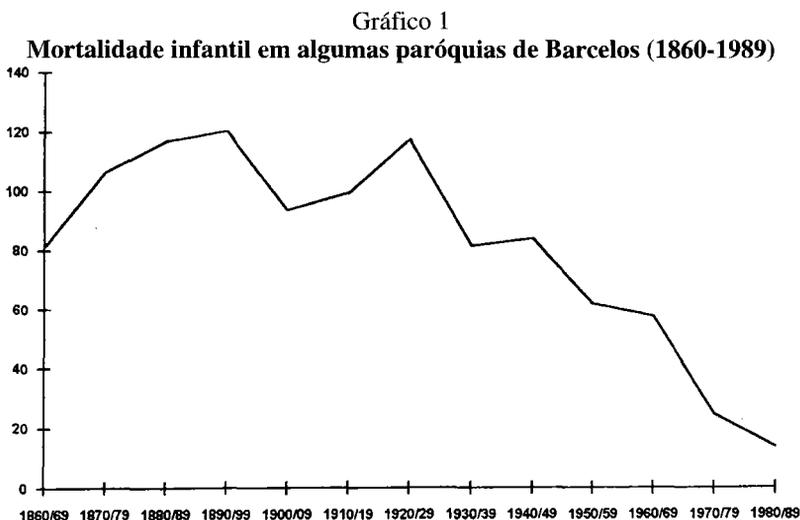
em geral. As contribuições directas e indirectas tornaram-se mais pesadas. O próprio país vivia uma situação de instabilidade económica-social, culminando com a crise financeira de 1891 (Oliveira Marques, 1981: 94-97). Estas condições agravariam outros aspectos colaterais que se relacionaram com as condições de vida das populações: carências alimentares, proliferação de doenças infecciosas, inexistência de condições higiénicas e sanitárias, águas inquinadas, esgotos a «céu aberto» e condições climatéricas inóspitas.

Nas primeiras décadas do séc. xx estes factores possivelmente não desapareceram, agravando-se com o aparecimento das epidemias de 1818/19 (Oliveira Marques, 1981: 289); dos resultados da deterioração das condições sócio-económicas motivadas pela participação de Portugal na I Guerra Mundial e da instabilidade político-militar da época. Os anos vinte são marcados pelo número elevado de mortes causadas pela «gripe espanhola», em especial nos primeiros anos dessa década.

Os valores moderados da mortalidade infantil apresentados para este concelho, podem estar correlacionados com o aumento da capacidade alimentar das populações, devido à acção do milho e batata —elementos básicos na dieta alimentar nessas épocas— permitindo assim um nível nutritivo melhor em qualidade e quantidade, nomeadamente das mães: na melhoria das condições climatéricas e habitacionais; e sobretudo, devido à prática de amamentação prolongada. Podemos referir, tendo por base diversos relatos individuais, de que o comportamento de amamentação prolongada era e é comum em algumas das paróquias estudadas neste artigo: Airó, Alheira, Alvito S. Pedro, Gamil, Igreja Nova, Roriz, Pereira e Sta. Eugénia.

No caso de Alvito S. Pedro, há indícios de uma correlação directa entre a baixa mortalidade infantil e o nível reprodutivo da comunidade, ou seja, quando as taxas de fecundidade em períodos de Antigo Regime eram mais reduzidas, os quocientes de mortalidade infantil regrediam. Possivelmente ligado a estes factos, estaria o comportamento da amamentação prolongada, na medida em que o intervalo de ovulação seria mais longo, desde que as mães dessem o seio, provocando um alargamento dos intervalos intergenésicos (Miranda, 1993: 112-115). Não podemos extrapolar estas ideias para as restantes paróquias, todavia os comportamentos destas comunidades parecem-nos ter sido similares...

Outro aspecto interessante que nos indicia o Quadro e Gráfico 1, é que a mortalidade infantil em Barcelos decai progressivamente a partir dos anos trinta do séc. xx, notando-se uma descida mais acentuada em meados deste século, tornando-se ainda mais sensível para os anos setenta em diante.



Explicar estes valores e respectiva evolução não é uma tarefa fácil. Há um conjunto de factores que encadeados entre si nos permitirão entender melhor este processo complexo.

A mortalidade infantil não é um fenómeno isolado, determinado por causas específicas. Ela torna-se forte/dura onde os indicadores de desenvolvimento são na sua maioria desfavoráveis e fraca/amena onde as condições sócio-económicas e culturais podem ser julgadas suficientes. Daí que, deverá haver um conjunto de factores —ambientais, sócio-económicos, culturais e demográficos— que actuando em harmonia estarão no processo de redução da mortalidade infantil em Barcelos, em particular na década de 1950 (1.^a fase) e 1970 (2.^a fase). Mais concretamente, a melhoria da higiene particular e colectiva, das estruturas médicas, dos consumos alimentares, da urbanização, da comunicação social, da contracepção, da educação, da alfabetização, da actividade profissional das mães... poderão ser factores fundamentais no esclarecimento do recuo dos valores da mortalidade dos 0-1 ano.

De acordo com as informações disponíveis pelas instituições de saúde barcelenses⁸ —Serviço de Planeamento e Controlo e Hospital— as

⁸ Gostaria de agradecer a colaboração e boa vontade dos profissionais e dos técnicos de Saúde do Serviço de Planeamento e Controlo do Centro Saúde e do Hospital de Barcelos, permitindo-nos esclarecer algumas dúvidas e forneceram-nos vários dados estatísticos, sobretudo para finais da década de oitenta e primeiros anos de noventa.

freguesias do concelho a partir dos anos quarenta passaram a dispôr de «Casas do Povo», que tinham funções médico-sociais, sobretudo na cobertura médica e enfermagem às populações mais necessitadas. Anos mais tarde, nas décadas seguintes, surgiu em Barcelos o «Instituto Materno-Infantil», o qual se preocupou com uma medicina preventiva às populações (mães, filhos recém-nascidos ou crianças em idade escolar). Criaram-se «Brigadas de Controlo», constituídas por enfermeiras que fizeram vacinação em massa das crianças. Este organismo, no início da década de setenta, foi substituído e integrado nos Centros de Saúde, acentuando-se as campanhas de informação e vacinação pelas diversas freguesias do concelho, passando a existir em algumas paróquias pequenos «Postos Médicos» dependentes dos Serviços Médico-Sociais.

Actualmente, os serviços de apoio materno-infantil descentralizam-se por outras instituições: Hospital (consultas de planeamento, obstetrícia e pediatria); Centro de Saúde principal (consultas e acompanhamento das grávidas, crianças e vacinação); e Unidades de Saúde em algumas freguesias. Em 1986, o regulamento dos Centros de Saúde criaram um órgão denominado de «Serviço, Planeamento e Controlo», que tinha por objectivo elaborar um diagnóstico da saúde do concelho, tendo ao seu serviço um médico, uma enfermeira e um funcionário administrativo. Ainda hoje existe este órgão, todavia as «Brigadas de vacinação» deixaram de actuar, fazendo com que a vacinação passasse a estar mais ao critério sócio-cultural dos progenitores ou dos médicos assistentes...

Estes factos apontam-nos algumas directrizes na melhoria das condições de saúde materno-infantil a nível do concelho, as quais tiveram as suas repercussões positivas na mortalidade infanto-juvenil. Porém, outros factores se salientaram, em especial para a década de setenta após a Revolução de 1974.

Com o aparecimento de um quadro democrático, do alargamento das infraestruturas básicas da população (melhoria das condições de assistência médica, higiénico-sanitárias, alimentação e vestuário) e da modernização da componente cultural (construção de escolas e melhoria do acesso ao ensino, campanhas de alfabetização, difusão de ideias e atitudes comportamentais para os casais, através dos órgãos de comunicação social, caso do planeamento familiar, contracepção, valorização do papel da mulher na sociedade...), a população em risco —grávidas, recém-nascidos...— viu melhorar o seu grau de sobrevivência na comunidade.

Em Barcelos, a melhoria das condições de vida e bem estar «entram» pelo mundo rural e expandem-se cada vez mais a um maior número de pessoas. Estas alimentam-se e agasalham-se melhor, as habita-

ções têm condições sanitárias e de higiene mais condignas (água canalizada, saneamento e casas de banho), passam a ter mais interesse pela educação e têm acesso a uma estrutura médica melhor e mais eficaz (aumentam os conhecimentos sobre prevenção, diagnóstico e cura de certas doenças, através da utilização de novos produtos farmacológicos surgidos nestes últimos tempos, alarga-se o número de médicos por habitante e as infraestruturas disseminam-se pelas freguesias). Porém, nem todos estes aspectos funcionaram em Barcelos, sobretudo no abastecimento de água canalizada e saneamento, pois só nestes últimos anos é que se tem feito um esforço para dotar as freguesias deste concelho com estas infra-estruturas.

Seria interessante comparar os dados nacionais com os da paróquias barcelenses estudadas⁹.

Os resultados a nível nacional tornam-se mais elevados, já que os mesmos englobam os valores das regiões autónomas dos Açores e da

Quadro 2
Mortalidade infantil em paróquias Barcelenses e Portugal (1860-1989)
quadro comparativo

| | Barcelos | Portugal* |
|---------|----------|-----------|
| 1860-69 | 81,18 | — |
| 1870-79 | 106,46 | — |
| 1880-89 | 116,80 | — |
| 1890-99 | 120,26 | — |
| 1900-09 | 93,51 | 126,46** |
| 1910-19 | 99,22 | 160,37 |
| 1920-29 | 117,26 | 148,08 |
| 1930-39 | 81,24 | 142,01 |
| 1940-49 | 83,71 | 121,94 |
| 1950-59 | 61,58 | 89,72 |
| 1960-69 | 57,35 | 73,99 |
| 1970-79 | 24,64 | 42,64 |
| 1980-89 | 13,55 | 17,27** |

* Fonte: Instituto Nacional de Estatística.

** Dados referentes ao Continente, excluindo as regiões autónomas.

⁹ Os valores referentes a Portugal foram extraídos de Cadernos de Estudos de Maria José Carrilho, n.o 7 e «Estudos 56», do Centro de Estudos Demográficos do Instituto Nacional de Estatística, de acordo com dados anuais. Os dados de 1902 a 1909 dizem respeito somente ao Continente, tal como de 1972-82, cujos valores são inferiores ao todo nacional (Continente, Madeira e Açores). Não dispusemos de informações para os anos de 1910/11 e 1928.

Madeira, onde as taxas foram mais altas, de acordo com dados fornecidos pelo I.N.E. (Instituto Nacional de Estatística). Todavia, parece-nos evidente que as décadas-chaves para a descida da mortalidade infantil a nível nacional incidiram nos períodos de 1950-59 e 1970-79, tal como aconteceu no concelho de Barcelos.

Pelos dados nacionais, tivemos acesso a períodos anuais e quinquenais e ficámos a saber que, os anos mais terríveis para as crianças até ao primeiro ano de vida foram 1918/19, com taxas de 209 e 181‰, 1920 e 23 com um valor que excedia os 164‰. Somente na década de cinquenta, é que as taxas de mortalidade infantil passaram a ter dois algarismos, entre 84 e 95‰. Daí que, uma das maiores quebras da mortalidade infantil, 35%, deu-se no decénio de 1950-59 tendo como termo comparativo os valores da década anterior. Porém, foi de 1970-79 que a mortalidade infantil baixou mais, e em relação a 1960-69 a quebra foi na ordem dos 60%.

Nos nossos dias, ela situa-se num só algarismo, por volta dos 8,7‰, o que é um sinal muito positivo, apesar de Portugal continuar a liderar a tabela da mortalidade infantil na comunidade Europeia.

No sentido de perspectivarmos a evolução da descida da mortalidade infantil, desde 1980 até 1993, elaborámos um quadro com dados oficiais referentes ao concelho de Barcelos, ao distrito de Braga, onde

Quadro 3
Mortalidade infantil em Barcelos-distrito de Braga-Continente (1980-1993)
quadro comparativo

| | Barcelos | Dist. Braga | Continente |
|------|----------|-------------|------------|
| 1980 | 28,2 | 27,9 | 24,0 |
| 1981 | 25,7 | 25,9 | 21,4 |
| 1982 | 20,9 | 22,8 | 19,5 |
| 1983 | 14,2 | 21,9 | 19,2 |
| 1984 | 15,5 | 17,1 | 16,4 |
| 1985 | 17,4 | 19,0 | 17,6 |
| 1986 | 17,6 | 17,2 | 15,7 |
| 1987 | 15,0 | 14,4 | 14,1 |
| 1988 | 12,8 | 14,4 | 12,8 |
| 1989 | 12,0 | 15,1 | 12,0 |
| 1990 | 10,7 | 12,3 | 10,7 |
| 1991 | 10,7 | 11,1 | 10,7 |
| 1992 | 8,8 | 8,7 | 8,8 |
| 1993 | 8,7 | 7,4 | — |

está inserido o concelho e a nível do Continente, não considerando as regiões autónomas.

De ano para ano até 1993, o recuo da mortalidade infantil acentua-se a nível local (Barcelos), regional (distrito de Braga) e nacional (Continente). As diferenças entre estas área geográficas não são muito acentuadas, atenuando-se para a actualidade. Um aspecto interessante que nos é fornecido pelo Quadro 3, refere-se à equivalência das taxas de mortalidade infantil entre Barcelos e o Continente de 1988 a 1992.

De acordo com estes elementos, tornar-se-ia enriquecedor aflorar as causas/doenças que estão intrinsecamente ligadas à mortalidade das crianças nesta idade. Neste sentido, decomposemos a mortalidade infantil em duas categorias: endógena e exógena.

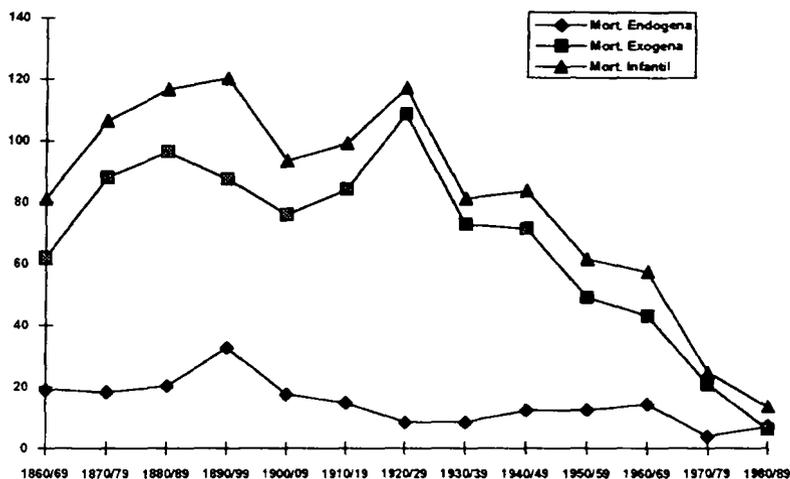
Mortalidade exógena e endógena

Ter acesso às causas inerentes à mortalidade infantil não foi nem é fácil, mesmo nos nossos dias (Bourgeois-Pichat, 1980: 160-162). Contudo, se recorremos ao método «biométrico» de J. Bourgeois-Pichat, poderemos obter algumas respostas às dúvidas anteriores. Segundo este método, o falecimento de crianças nas primeiras horas e dias de vida até ao 1º mês relacionar-se-ia com causas endógenas, ligadas à constituição da criança e às circunstâncias do parto, enquanto após o 1º mês de vida até atingir um ano de idade, as crianças eram mais sensíveis a causas externas, como o clima, acidentes e variações sócioeconómicas¹⁰.

¹⁰ Dados absolutos que serviram de base para os cálculos da mortalidade endógena e exógena, segundo o método de J. Bourgeois-Pichat.

| | Até ao 1.º mes | 31 a 365 Dias |
|---------|----------------|---------------|
| 1860-69 | 33 | 52 |
| 1870-79 | 41 | 81 |
| 1880-89 | 53 | 102 |
| 1890-99 | 77 | 107 |
| 1900-09 | 60 | 110 |
| 1910-19 | 81 | 172 |
| 1920-29 | 96 | 275 |
| 1930-39 | 84 | 213 |
| 1940-49 | 106 | 226 |
| 1950-59 | 98 | 173 |
| 1960-69 | 115 | 173 |
| 1970-79 | 39 | 81 |
| 1980-89 | 32 | 18 |

Gráfico 2
Evolução da mortalidade endógena e exógena em paróquias
barcelenses (1860-1989)



Os dados do gráfico 2 permitem-nos tirar algumas ilações do modo como evoluiu a mortalidade infantil, segundo estas componentes em Barcelos:

- notámos um paralelismo quase perfeito entre a mortalidade infantil total e a mortalidade exógena, o que nos revela que a mortalidade de «negligência social» era muito importante (Moreda, 1980: 149-154);
- a mortalidade exógena sempre foi superior à endógena desde 1860, excepto na última década do nosso estudo, 1980-89;
- a mortalidade endógena sofre oscilações várias no decurso dos tempos, todavia dá indícios de descida para a década de setenta;
- a mortalidade exógena caiu nitidamente em três períodos diferentes, mas todos após a 2ª Guerra Mundial: 1950-59; 1970-79 e 1980-89, sendo o ritmo de descida destes dois últimos decénios extraordinária, tal como a mortalidade infantil em geral.

De acordo com estes elementos, torna-se evidente que as crianças no concelho de Barcelos teriam morrido sobretudo de doenças infecciosas e parasitárias, que atacaram o aparelho digestivo (gastro-enterites e diarreias) e o respiratório (bronquites, pneumonias e tuberculosas). Estas doenças encontraram campo para actuarem, de acordo com as estru-

turas sócio-económicas e culturais da população. Porém, com as melhorias das condições de vida e de bem estar, na 2a met. do séc. xx, mais concretamente após a «Revolução dos Cravos» de 1974, notámos que a mortalidade exógena baixou nitidamente para valores inferiores à da endógena, perspectivando-nos a ideia de que a mortalidade exógena foi mais sensível à melhoria das condições de higiene, de apoio médico e de alimentação das crianças. Estas ideias levam-nos a pensar que uma das directrizes da luta contra a mortalidade infantil não incidiu somente na melhoria das condições de saúde, mas também nas condições sócio-económicas. A luta contra a mortalidade infantil não foi exclusiva do avanço médico, houve outras acções contributivas importantes de carácter ecológico, agronómico e económico (Boulanger, 1980: 389-390). Não há saúde, se não houver um desenvolvimento económico-social e cultural harmonioso.

Relacionado com o recuo desta componente da mortalidade infantil, houve uma conjugação de esforços para que tal sucedesse. Desde a melhoria dos aspectos nutricionais, que travaram o aparecimento de doenças infecciosas, evitando as carências proteicas e vitamínicas, favorecendo a resistência às infecções, à política de saúde das pessoas e autoridades sanitárias, tudo isto permitiu travar e fazer descer uma das terríveis pragas da humanidade: a morte das crianças.

Mas, se as crianças em Barcelos parecem ter falecido por causas infecciosas, que nos foram confirmadas pelos valores estatísticos e pelas informações prestadas pelas instituições de saúde barcelenses, outras poderemos salientar: causas perinatais e anomalias congénitas (lesões obstétricas do recém-nascido, anomalias da placenta e do cordão umbilical, infecções anoxémicas e hipoxémicas, prematuridade, debilidade do recém-nascido, desidratação, cardiopatia congénita relacionada com a rubéola, asfixia por aspiração de vómito...) ¹¹. Destas causas e nos últimos anos, a prematuridade, a anoxia neonatal (falta de oxigénio), as deformações congénitas (paragens cardíorespiratórias...), a epidermólise bolhosa fetal e as gastro-enterites, foram por esta ordem, os motivos mais relevantes da mortalidade infantil em Barcelos. Estas mortes muitas das vezes estão associadas a outros factores: o número de filho do casal (o primeiro e do quinto em diante em idades inferiores a 18 e superiores a 30 anos correm mais riscos); os intervalos intergenésicos; a idade da mãe (ter um filho em idades extremas torna-se perigoso); o

¹¹ Há causas indeterminadas, tal como nos apareceram nos registos do Centro de Saúde de Barcelos, visto que muitas vezes as crianças quando chegaram ao hospital já estavam mortas, não se fazendo a correspondente autópsia.

papel da progenitora durante a gravidez (regime alimentar, actividade profissional, abuso do tabaco e álcool são condicionantes); o respectivo estado matrimonial da grávida (a gravidez ilegítima por todas as problemáticas que encerra favorece o aparecimento de situações complicadas); e, as condições sócio-económicas da família, especialmente aquelas que têm poucos recursos e as de fraco nível de instrução... Ou seja, na compreensão deste fenómeno há que entender o conjunto de mecanismos que estão associados entre si, relacionando as características sócio-económicas e culturais com os fenómenos biológicos e as condições de política médicosanitária.

Em Portugal, a partir da década de setenta, as principais causas de morte, nas idades dos 0-1 anos e em ordem decrescente, relacionam-se com causas perinatais (prematuridade, asfixia por aspiração de vômito, malformações fetais incompatíveis, anomalias da placenta e do cordão umbilical, traumatismos obstétricos); doenças do aparelho respiratório (bronquiolites, pneumonias); afecções no aparelho digestivo (gastroenterites, duodenites, diarreias do recém nascido) e anomalias congénitas (taras hereditárias e cardiopatias congénitas e cerebrais...). Esta mesma incidência corresponde à realidade barcelense.

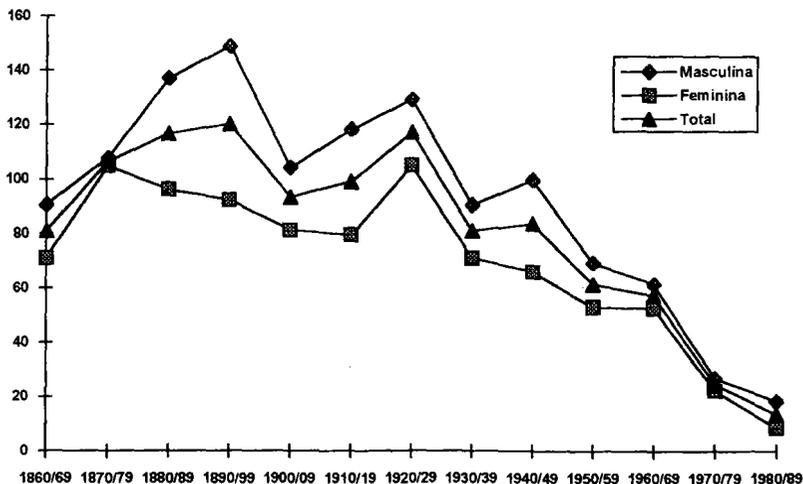
Actualmente e pelos elementos fornecidos pelo gráfico 2, a luta contra a mortalidade infantil passará não só pela actuação nas incidências exógenas, mas sobretudo pelas endógenas, já que os principais riscos das crianças estão nas primeiras semanas ou mesmo dias após o nascimento. Deste modo, os interesses actuais nacionais, referentes ao recuo da mortalidade infantil, devem dirigir os seus ideais e sucessos para a utilização racional das infra-estruturas e uma intensificação da prevenção. Permitindo não só uma maior vigilância na gravidez, com exames obstétricos e ginecológicos, estudo dos antecedentes médicos (detecção de diabetes, tiróide, procura de doenças contagiosas como a rubéola, a toxoplasmose, a sida... e a previsão de possíveis complicações através de ecografias, análises...), mas também impedindo a gravidez indesejada, devido à ilegitimidade, antecedentes obstétricos, intervalos intergenésicos próximos..., visto que tudo isto se traduz em abortos clandestinos, abandonos e por conseguinte, o aumento da mortalidade infantil.

Mortalidade segundo o sexo

No sentido de aprofundarmos a diversidade da mortalidade infantil, analisámo-la segundo o sexo. Geralmente, nota-se uma sobremortali-

dade masculina, levando os demógrafos, médicos e outros investigadores a conjecturaram sobre este factor. Em relação às paróquias de Barcelos estas ideias parecem aplicar-se integralmente.

Gráfico 3
Mortalidade infantil por sexo em algumas paróquias barcelenses (1860-1989)



Durante todo o período por nós estudado sempre a mortalidade masculina superiorizou-se à feminina. A dispersão maior entre estes dois indicadores deu-se de 1870 até meados do séc. xx. Após o decénio de 1950-59 houve um esbatimento nítido dessa diferença, perspectivando-se uma aproximação entre as duas mortalidades diferenciais.

Torna-se relativamente evidente que, a mortalidade global percorre o «trilho» da mortalidade masculina, quer quando esta sobe ou desce. Todos os períodos de alta mortalidade infantil correspondem a subidas da mortalidade masculina, notando-se uma correlação entre elas. Gostaríamos de salientar que, a década de vinte deveria ter sido má, tanto para os rapazes, como para as raparigas até atingirem um ano de vida, enquanto nestas últimas décadas (setenta e oitenta) as circunstâncias ter-se-iam alterado profundamente.

Estes elementos realçam-nos a ideia de que um rapaz e uma rapariga não têm as mesmas «chances» de sobreviver à nascença, em especial até ao 1.º ano de vida. Durante o séc. xix a sobremortalidade masculina poderia servir como factor de recomposição dos efectivos de

cada sexo à nascença, enquanto no séc. XX esta tendência manteve-se, mas reduz-se e esbate-se à medida que os níveis de mortalidade global infantil decrescem.

Não se torna fácil explicar esta «realidade universal» (Bourgeois-Pichat, 1980: 143), todavia diversos especialistas indicam que a sobremortalidade masculina no 1.º ano, e particularmente nos primeiros meses parece estar ligada a causas de origem fisiológicas e relacionadas com as componentes cromossomáticas. Porém, ainda estamos num estado de hipóteses e os investigadores genéticos podem-nos fornecer respostas mais coerentes às nossas dúvidas.

Os dados nacionais portugueses apontam-nos também, segundo as estatísticas do I.N.E.¹², para uma maior sobremortalidade masculina durante todo o séc. XX, revelando-nos que durante a década de setenta e seguintes, as causas inerentes a esta sobremortalidade estavam ligadas a anomalias congénitas: 40 a 45% a causas de mortalidade perinatal, 20 a 23% a lesões obstetras do recém-nascido na gravidez e 15 a 20% a infecções anoxémicas e hipoxémicas.

Sazonalidade

No estudo da sazonalidade dos menores de 0-1 ano, optámos por um único período, de 1860 a 1989, no intuito de contrariarmos o reduzido número de observações para as últimas décadas.

Quadro 4
Sazonalidade ao óbito dos menores de um ano em algumas paróquias barcelenses* (1860-1989)

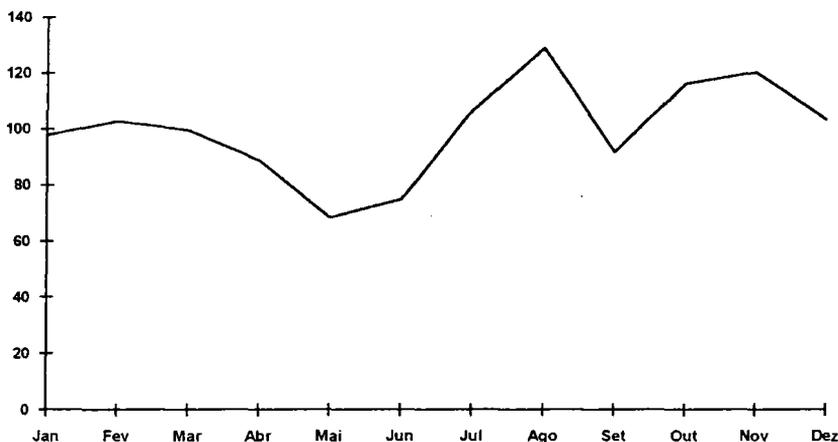
| | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Nº Abs | 100 | 96 | 102 | 88 | 70 | 74 | 109 | 132 | 91 | 119 | 119 | 106 |
| Nº Pro | 98 | 103 | 100 | 89 | 68 | 75 | 106 | 129 | 92 | 116 | 120 | 104 |

* Airó, Alv. S. Pedro, Alheira, Gilmonde, Pereira e Sta. Eugénia.

A sobremortalidade infantil enquadra-se em dois meses distintos: agosto e novembro, perspectivando-se uma influência de factores climáticos (calor/frio) na vida das crianças, bem como da actividade profissional dos pais, quando estes estão absorvidos pelas actividades campestres.

¹² Ver nota 9.

Gráfico 4
 Sazonalidade ao obito de menores de um ano em algumas
 paróquias barcelenses (1860-1989)



Durante a época de Verão as causas imediatas estarão relacionadas com a desidratação e diarreia, devido ao calor, à ignorância e falta de carinho humano. Todavia actuaram outras variáveis intermediárias, como desmames prematuros e aleitamento negligente. Esta mortalidade parece ter-se dado após o 1.º mês de vida (Belletini e Samoggia, 1983: 202-204).

No período de transição outono/inverno, os meses de novembro e dezembro foram épocas de risco, nomeadamente o primeiro, sobretudo para as crianças nos primeiros dias e semanas de vida, possivelmente devido às alterações bruscas de temperatura (época de frio), à falta de condições nos alojamentos, inexistência de aquecimento e vestuário protector para as crianças, para além de comportamentos condicionantes por parte dos progenitores (Breschi e Livi Bacci, 1986: 31-32). Assim, muitas crianças nesta idade morriam por afecções no aparelho respiratório, surgindo as bronco-pneumonias, mais concretamente as bronquiolites.

Os meses de menor risco situavam-se entre março e junho, sendo o mês de Maio «ídílico» na sobrevivência das crianças.

As crianças nesta idade tornam-se mais vulneráveis à Natureza (meteorologia), notando-se uma curva irregular entre os diferentes meses, sendo um indicador de que a morte das crianças obedece a ritmos sazonais, dependendo muitas das vezes da época de nascimento. Po-

rém, possivelmente, a partir das últimas décadas o factor climático terá perdido alguma influência nefasta na sobrevivência das crianças, visto que os pais e as condições de sanidade e bem estar melhoraram, protegendo as crianças contra o calor e frio. Próximos trabalhos poder-nos-ão confirmar esta ideia.

Mortalidade juvenil (1-7 anos)

Um dos objectivos sociais que os Estados procuram alcançar é o declínio da mortalidade, em especial aquela que se repercute nas idades jovens.

Existem diversas variáveis sócio-económicas responsáveis por este fenómeno, particularmente incidentes no grupo etário dos 1-7 anos. E foi neste grupo etário que o declínio da mortalidade se mostrou mais precoce e rápida no séc. XX, quando comparado com o da mortalidade de 0-1 ano. Este ritmo de descida deveu-se a acções de prevenção levadas a cabo pelos organismos competentes e de uma melhoria generalizada das condições de vida das populações. Há opiniões de que ao contrário da mortalidade infantil, a mortalidade juvenil começou a baixar para finais do séc. XIX, sendo contudo difícil precisar a data, devido ao decréscimo dos riscos em jogo (Poulain e Tabutin, 1980: 125-127).

No concelho de Barcelos, a evolução da mortalidade juvenil (1-7 anos) parece-nos ter sido diferente da mortalidade infantil, notando-se uma descida mais precoce das suas taxas a nível temporal.

Quadro 5
**Mortalidade juvenil (1-7 anos) em algumas paróquias
Barcelenses (1860-1989)**

| | |
|---------|--------|
| 1860-69 | 114,35 |
| 1870-79 | 140,63 |
| 1880-89 | 139,08 |
| 1890-99 | 130,01 |
| 1900-09 | 112,86 |
| 1910-19 | 118,42 |
| 1920-29 | 99,18 |
| 1930-39 | 78,30 |
| 1940-49 | 74,57 |
| 1950-59 | 42,62 |
| 1960-69 | 19,43 |
| 1970-79 | 8,84 |
| 1980-89 | 6,04 |

Ao atingirmos a década de 1920-29, os valores da mortalidade juvenil situam-se acima dos 100‰. A partir dessa altura, os valores crescem a um ritmo acelerado, particularmente após a década de cinquenta, tomando valores baixos nos anos setenta, 8 a 6‰.

As causas relacionadas com a mortalidade juvenil actualmente não parecem ser idênticas daquelas que actuaram nas décadas de 50/60. Até esses decénios, as primeiras causas de morte nestas idades e por ordem decrescente, relacionar-se-iam com doenças do aparelho respiratório (bronco-pneumonias), aparelho digestivo (gastro-enterites e diarreias) e acidentes vários. Hoje, a principal causa de morte nestas idades jovens são os acidentes-traumatismos ab dominais (hemorragias internas de órgãos), cerebrais (esmagamento craneoencefálico)... causados por quedas e acidentes de viação. Além disso, temos que associar alguns acidentes por afogamento, quer em tanques privados, quer no rio Cávado. Para além destas causas, começam a surgir outras ligadas a neoplasias cerebrais, leucemia, encefalopatia, meningites galopantes, insuficiências cardio-respiratórias...¹³. É claro que, descrever a evolução da mortalidade juvenil por causas não é fácil, porque temos que atender à discrepância dos critérios de classificação, dependendo da evolução científica e das classificações propostas a nível das instituições internacionais (Vallin, 1990: 23).

O recuo das causas da mortalidade juvenil dá-se sobretudo pela introdução de medidas higiénicas no agregado familiar (purificação da água, higiene pessoal e alimentar), melhoria a nível nutricional (suplementos alimentares nas escolas, ainda hoje durante os intervalos, nos Jardins de Infância e nas Escolas do 1º Ciclo, fornece-se aos alunos um pacote de leite e até à bem pouco tempo dava-se também um pão com marmelada ou manteiga...) e actuação de prevenção médica (vacinação contra patologias infecciosas: tétano, sarampo, poliomielite, difteria, sarampo, rubéola, B.C.G...). Mas se estas acções reduzem a mortalidade juvenil, é preciso ter em conta outro tipo de medidas que incidam nas causas de mortalidade juvenil actual, os acidentes. Só através da prevenção educacional de pais e filhos sobre os problemas que atingem estes últimos na vida quotidiana é que se pode atenuar este indicador de mortalidade, através de uma maior vigilância sobre as crianças nas creches, jardins de infância, escolas e em casa durante os tempos livres.

Estes valores concelhios não se tornam desfasados dos distritais e nacionais, nomeadamente para o período temporal de 1979-82 (Carrilho,

¹³ Dados fornecidos pelas Instituições Sanitárias de Barcelos.

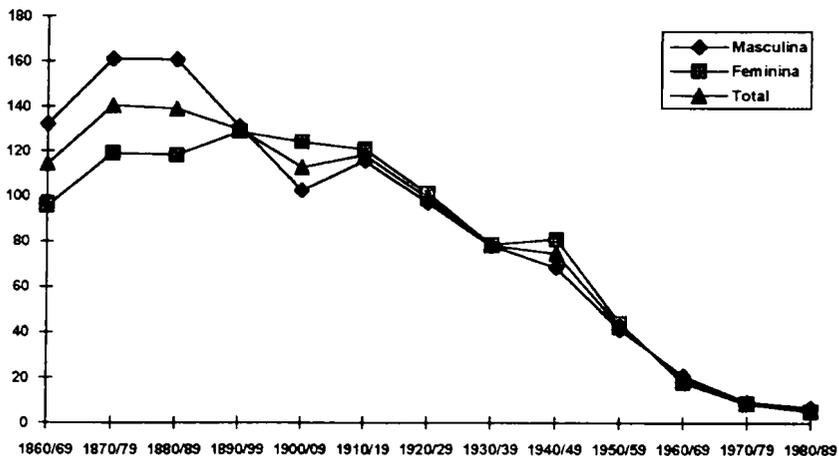
1988: 20-22), na medida em que os dados quantitativos são semelhantes. Todavia, poderemos indicar que, o distrito de Braga, onde está situado o concelho de Barcelos, está colocado no «ranking» 14º, em dezoito distritos, o que não é nada estimulante.

Evidencia-se a ideia de que, à medida que uma criança avança em idade o seu risco de falecimento diminui, mas mesmo assim há ritmos diferentes no tempo e nas idades. Deste modo, a mortalidade juvenil torna-se mais forte de 1 a 5 anos relaxando para as idades seguintes.

Mortalidade diferencial segundo o sexo e sazonalidade

Ao analisarmos estes indicadores em conjunto, pretendemos dar uma visão mais clara e global deste fenómeno, evitando desfocar esta problemática com conceitos superficiais, já que existem algumas situações diferentes entre a mortalidade juvenil e infantil, atrás apresentada.

Gráfico 5
Mortalidade juvenil por sexos em algumas paróquias
Barcelenses (1860-1989)



Partindo para a interpretação da componente diferencial por sexos, vislumbra-se através do gráfico 5 que, houve décadas onde a mortalidade juvenil feminina se superiorizou em relação à masculina, de 1900

a 1950, ou seja, durante a 1ª met. do séc. xx. Esta realidade não foi vi-sível na mortalidade infantil, tal como a relativa aproximação entre as taxas da mortalidade juvenil masculina/feminina desde 1910-19, enquanto na mortalidade infantil esta situação somente aconteceu em décadas posteriores.

Estes factos projectam-nos a ideia de que nestas idades o sexo masculino continua a ser o mais penalizado, todavia o feminino teve alguns momentos «negros» retirando a exclusividade aos rapazes, de acordo com a mortalidade dos 0-1 ano.

As causas inerentes a estes dados prender-se-ão com a «traquinice» dos rapazes durante as suas brincadeiras diárias, predispondo-se a ter mais acidentes. As raparigas também correm esses riscos, mas em menor grau, talvez por serem mais «caseiras», sossegadas (questões de personalidade feminina) e estarem sob uma vigilância mais atenta por parte das mães, acompanhando estas nas tarefas domésticas (questões educacionais-culturais).

Em relação à sazonalidade ao óbito das crianças de 1 a 7 anos, optámos por uma prática idêntica à que desenvolvemos na mortalidade infantil.

Quadro 6
Sazonalidade ao óbito 1-7 anos em algumas paróquias
barcelenses* (1860-1989)

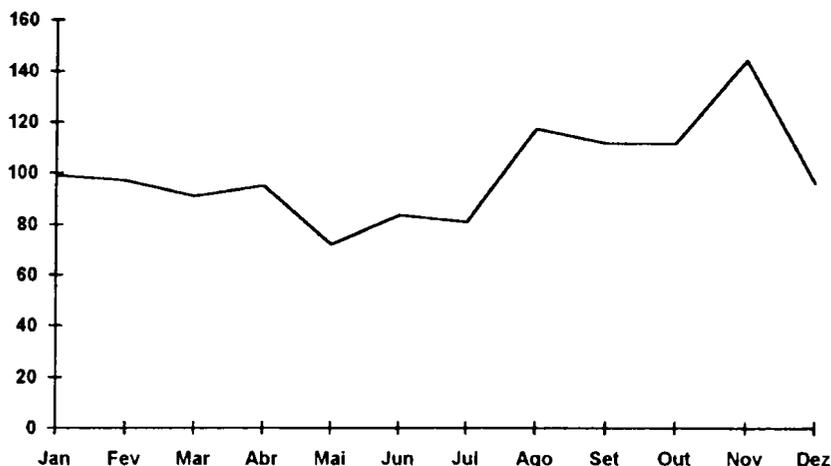
| | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez |
|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Nº Abs. | 81 | 72 | 74 | 75 | 59 | 66 | 66 | 96 | 88 | 91 | 114 | 78 |
| Nº Prop. | 99 | 97 | 91 | 95 | 72 | 83 | 81 | 118 | 111 | 112 | 145 | 96 |

* Airó, Alv. S. Pedro, Alheira, Gilmonde, Pereira e Sta. Eugénia.

A mortalidade destas crianças acentua-se entre os meses de agosto a novembro, tomando os valores mais altos nesses meses, em particular o de novembro. De dezembro a fevereiro, meses frios e húmidos, notámos um segundo máximo secundário, vindo a decair nitidamente com a entrada da primavera e verão.

Assim, os resultados expressos no gráfico 6 indiciam-nos que as estações do ano (calor em agosto/setembro e frio em novembro e dezembro) e as tarefas agrícolas dos progenitores (trabalho intenso nos campos na época das colheitas em agosto, setembro e outubro) condicionaram a sobrevivência das crianças (Miranda, 1993: 198-199). Estas na transição do outono para o inverno estariam mais vulneráveis à

Gráfico 6
Sazonalidade ao obito 1-7 anos em algumas paróquias
barcelenses (1860-1989)



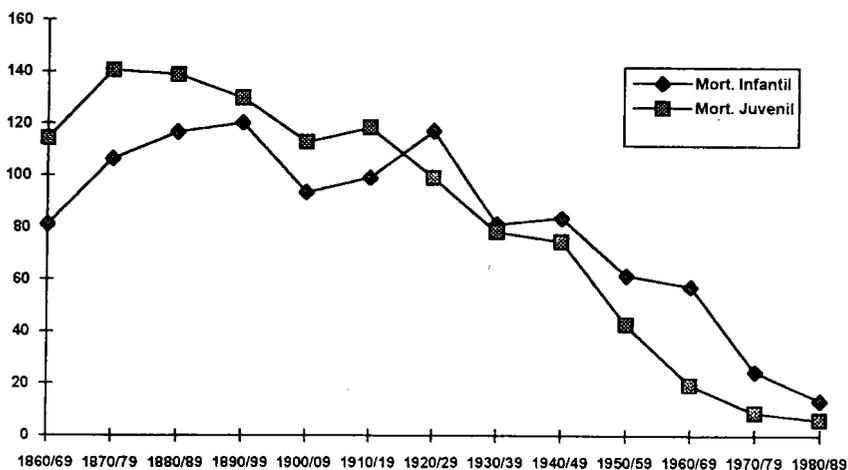
morte por causa das baixas temperaturas, provocando infecções nas vias respiratórias, enquanto de agosto a outubro as causas prender-se-iam com infecções no aparelho digestivo (águas inquinadas e abuso de frutos imaturos), ocasionados com o desmane, desidratação, falta de apoio e cuidados maternos, já que o tempo não era só de calor, mas também de muito trabalho nas ceifas e vindimas, visto estarmos perante comunidades rurais. De março a julho a temperatura agradável propiciaria o não aparecimento de situações infecciosas, quer nas vias respiratórias, quer digestivas, favorecendo as crianças nestas idades (Ansón Calvo, 1990: 40-42).

Conclusão

O séc. XX parece ter sido fundamental na descida da mortalidade das crianças, em particular no concelho de Barcelos.

Se a mortalidade infantil manteve valores inferiores em relação à mortalidade juvenil de 1860-69 a 1910-19, a partir desta década notámos uma inversão de tendências (Scholfield e Reher, 1994: 27). Assim, a mortalidade juvenil começa a descer de um modo sensível e irremediável na década de 1920-29, tomando um ritmo mais acelerado a partir

Gráfico 7
Mortalidade infantil e juvenil em algumas paróquias
de Barcelos (1860-1989)



de meados do século, precipitando-se para valores baixos na década de setenta. A mortalidade infantil teve uma descida mais tardia. Perspectivase uma primeira quebra na década de trinta, seguindo-se de uma segunda nos anos cinquenta, caindo nitidamente na década de 1970-79, mas continuando com valores superiores aos da mortalidade juvenil.

As causas destas descidas prender-se-ão com o recuo das doenças infecciosas e parasitárias, que são as responsáveis pela afecções no aparelho respiratório e digestivo. Deste modo, a melhoria das condições sócio-económicas e culturais da comunidade barcelense, no período democrático, teria sido fundamental na redução das taxas de mortalidade infanto-juvenil. O aparecimento de uma nutrição mais correcta em quantidade e qualidade, das medidas de saneamento base, de canalização de água potável, de apoio médico à saúde materno-infantil, de planificação familiar, de vacinação em escala nas idades jovens, de tratamento às doenças e traumatismos, de educação no tratamento dos problemas de saúde e dos modos de prevenção, foram prioridades a partir dessa altura, actuando-se mais numa acção de prevenção do que de cura.

Nos nossos dias, as directrizes contra a mortalidade infantil-juvenil devem incidir sobre a mortalidade perinatal, evitando a gravidez inde-

sejada, fomentando uma maior vigilância durante a mesma e nos primeiros anos de infância (detectar precocemente a gravidez de risco e envio à especialidade, motivar as grávidas para o parto hospitalar, bem como o respectivo rastreio delas na comunidade e fazer consultas de revisão de puerpério...) no sentido de identificar e evitar a mortalidade das crianças.

Temos a consciência que este trabalho, resultado de uma profunda investigação, poderá funcionar como um contributo no esclarecimento e aprofundamento da mortalidade infanto-juvenil, não só dentro do contexto minhoto e nacional, mas também a nível europeu. Todavia, há muitos outros aspectos que poderiam ser abordados, se os mesmos fossem analisados segundo um carácter interdisciplinar entre historiadores demógrafos, historiadores economistas, historiadores da medicina, sociólogos, biólogos, geneticistas, nutricionistas...com a intenção de se tentar «compreender as dinâmicas implicadas» nesta componente (Schofield e Reher, 1994: 17-28).

Bibliografia

- AMORIM, M. N. (1987) *Guimarães de 1580 a 1819. Estudo Demográfico*, I.N.I.C., Lisboa.
- AMORIM, M. N. (1991) «Uma metodologia de Reconstituição de Paróquias desenvolvida sobre registos portugueses» in *Boletim de la Asociación de Demografía Histórica*, IX - 1, Madrid.
- AMORIM, M. N. (1992) *Evolução Demográfica de três paróquias do Sul do Pico, 1680-1980*. Inst. Ciências-Sociais. Univ. Minho.
- ANSÓN CALVO, M. C. (1990) «Un ejemplo de demografía diferencial en Aragón: campo y ciudad en el siglo XVII», in *Boletim de la Asociación de Demografía Histórica*, VIII - 3, Madrid.
- BELLETIN, A. SAMOGGIA, A. (1983) «Evolution differentielle et mouvement saisonnier de la mortalité dans la Banlieue de Bologne XVIII-XIX», in *Population*.
- BERNABEU, J. e LÓPEZ PINERO, J. M. (1987) «Condicionantes de la mortalidad entre 1800 y 1930: higiene, salud y medio ambiente», in *Boletim de la Asociación de Demografía Histórica*, V - 2.
- BOULANGER, P. M. (1980) «Les grandes orientations de la lutte contre la mortalité des enfants», in *La mortalité des enfants dans le monde et dans l'histoire*, Ordina Editions, Louvain.
- BOURGEOIS-PICHAT, J. (1978) *A Demografia*, Liv. Bertrand, Lisboa.
- BOURGEOIS-PICHAT, J. (1980) «Les causes de la mortalité dans les pays développés au cours des toutes dernières années», in *La mortalité des enfants dans le monde et dans l'histoire*, Ordina Editions, Louvain.

- BRESCHI, M. e LIVI-BACCI, M. (1986) «Saison et climat comme contraintes de la survie des enfants-l'expérience italienne au XIXe siècle», in *Population*, 41, n.º 1, Paris.
- CARRILHO, M. J. (1977) *Mortalidade infantil 1950-1975*, Estudos 52, I.N.E.
- CARRILHO, M. J. (1980) *Tábuas abreviadas de mortalidade 1941-1975*, Estudos 56, I.N.E.
- CARRILHO, M. J. (1988) *Tábuas de mortalidade distritos e regiões autónomas 1979-1982*, Caderno n.º 7, I.N.E.
- CELTON, D. E. (1990) «La mortalidad en la ciudad de Cordoba entre 1869 y 1990», in *Boletim de la Asociación de Demografía Histórica*. X - 1, Madrid.
- DUPAQUIER, J. (1979) *La population rurale du Bassin Parisien à l'époque de Louis XIV*, Editions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris.
- GONZÁLEZ UGARTE, M. E. (1994) «Mortalidad e industrialización en el País Vasco-Vizcaya, 1860-1930», in *Boletim de la Asociación de Demografía Histórica*, XII - 1.
- HENRY, L. (1970) *Manuel de démographie historique*, Droz, 2.º ed. Paris.
- HOHN, C. (1986) «Les différences internationales de mortalité infantile: illusion ou réalité?», in *Population*.
- LIVI-BACCI, M. (1984) «Crises de mortalidade: definição, métodos de cálculo, análise das consequências», in Luiza Marcílio, M., in *População e Sociedade - evolução das sociedades pré-industriais*, Petrópolis, Brasil.
- LIVI-BACCI, M. (1988) *Ensayo sobre la historia demográfica europea. Población y alimentación*, Barcelona.
- LOBO, M. (1992) *O Pico de Regalados e a sua população 1554-1979*, tese de mestrado policopiada, Univ. Minho.
- LOURIAUX, M. e REMY, (1980) D. «La mortalité des enfants et les indicateurs socio-économiques du développement: une vision mondiale», in *La mortalité des enfants dans le monde et dans l'histoire*, Ordina Editions, Louvain.
- MIRANDA, F. (1993) *Estudo Demográfico de Alvito S. Pedro e anexa, 1567-1989*, Ed. Junta de Freguesia, Barcelos.
- MC KEOWN, T. (1976) *The modern rise of Population*, Edward Arnold, Londres.
- NAZARETH, J. M. (1988) *Princípios e métodos de análise da Demografia Portuguesa*, Ed. Presença, Lisboa.
- OLIVEIRA MARQUES, A. H. (1981) *História de Portugal*, vol. III, Palas Editores, Lisboa.
- PÉREZ MOREDA, V. (1980) *La crisis de mortalidad en la España Interior, siglos XVI-XIX*, Siglo XXI, Madrid.
- PERRENOUD, A. (1992) «Transitions épidémiologiques et transitions de fécondité dans le passé occidental», in *Chaire Quetelet, Transitions Démographiques et Sociétés. Des faits aux idées et politiques*, Louvain.
- POULAIN, M. e TABUTIN, D. (1980) «La mortalité aux jeunes âges en Europe et en Amérique du Nord du XIXe à nos jours», in *La mortalité des enfants dans le monde et dans l'histoire*, Ordina Editions, Louvain.
- REHER, D. S. (1988) *Familia, población y sociedad en la provincia de Cuenca, 1700-1970*, Madrid.

- REZENDE, J. MONTENEGRO, C. A. (1987) *Obstetricia Fundamental*, Edit. Guanabara, Rio de Janeiro, Brasil.
- SCHOFIELD, R. S. e REHER, D. S. e BIDEAU, A. (1991) *The decline of mortality in Europe*, Oxford.
- SCHOFIELD, R. S. e REHER, D. S. (1994) «El descenso de la mortalidad en Europa», in *Boletim de la Asociación de Demografía Histórica*. XII - 1, Madrid.
- VALLIN, J. e MESLÉ, F. (1988) *Les causes de décès en France de 1935 a 1978*, Paris.
- VALLIN, J. (1990) «La evolución de la mortalidad por causas en Francia desde 1925: problemas y soluciones», in *Boletim de la Asociación de Demografía Histórica*, VIII - 2.
- VIEIRA BARBOSA, M. H. (1993) «Esporões, 1590-1709 —um caso de mortalidade infantil e juvenil—», in *Actas do III Congresso da A. D. Histórica em Braga*.
- WUNSCH, G. (1980) «La mortalité aux jeunes âges: l'apport des méthodes d'analyse démographique», in *La mortalité des enfants dans le monde et dans l'histoire*, Ordina Editions, Louvain.