

população
cadernos neps
sociedade

Crises de mortalidade em Portugal

desde meados do século XVI até ao início do século XX

■ MARIA HERMÍNIA VIEIRA BARBOSA

Com a colaboração de Anabela de Deus Godinho

Título:

*Crises de Mortalidade em Portugal
desde meados do século XVI até ao início do século XX*

Autor:

Maria Hermínia Vieira Barbosa,
com a colaboração de Anabela de Deus Godinho

Colecção:

Monografias 10

Edição:

Núcleo de Estudos de População e Sociedade
Instituto de Ciências Sociais
Universidade do Minho
Guimarães/2001

Depósito legal:

163922/01

ISBN:

972-95433-1-3

Composição:

AAN/NEPS

Impressão e acabamento:

Eden Gráfico, S.A.
Rua dos Casimiros, 21
Apartado 2047
3510-061 Viseu

Direitos reservados:

A.A.N./NEPS
Núcleo de Estudos de População e Sociedade
Universidade do Minho
Campus de Azurém
4800-058 GUIMARÃES

Edição integrada no projecto:

*Informatização Normalizada de Arquivos.
Reconstituição de Paróquias e História das Populações.*
(PRAXIS XXI 2/2.1/CHS/685/95)

Introdução

Para equacionar as grandes questões demográficas e desmontar os esquemas explicativos em que se move qualquer estudo da população, nos últimos anos a Demografia Histórica dedicou uma atenção particular ao estudo da evolução da mortalidade com incidência em épocas pré-estatísticas, pelo menos a partir do século XVIII¹.

Reconhece-se, ainda hoje, que se sabe muito menos acerca da mortalidade do que da fecundidade, até porque nada de semelhante ao *Princeton European Fertility Project* de Ansley Coale, nos anos 60, foi, até agora, posto em marcha para o estudo da mortalidade².

Em Portugal, nas duas últimas décadas, equipas de investigadores, integrados nos nossos centros universitários, têm dado uma crescente atenção ao estudo da mortalidade, produzindo trabalhos de reconhecido valor divulgados para o grande público através das suas publicações³.

A análise da evolução da mortalidade em Portugal, que aqui apresentamos, teve como base monografias elaboradas para diferentes regiões do País, bem como alguns artigos complementares dispersos em revistas científicas, para um período que se estende desde meados do século XVI até ao início do século XX⁴.

A partir destes trabalhos⁵, seleccionámos alguns temas específicos que poderão ajudar a emergir diferentes "padrões" da mortalidade portuguesa, dando-se particular destaque à mortalidade extraordinária.

Tentar-se-á identificar as principais crises de mortalidade ocorridas nas diferentes freguesias e concelhos do país até agora estudados, assim como a sua cronologia⁶, salientando-se sempre que possível as causas prováveis que as terão desencadeado, enquadrando-as na conjuntura política, económica e social da respectiva época.

Será também feita uma referência global à sazonalidade da morte observada nas freguesias ou concelhos analisados.

Mediante uma abordagem comparativa dos diversos trabalhos, pretende-se observar, em especial, a forma como as crises de mortalidade teriam condicionado os modos e tendências de crescimento das diferentes populações e se essas crises diferem em intensidade, amplitude e frequência ao longo do período em análise e consoante as regiões do país. Dar-se-á especial atenção a situação das freguesias rurais e das freguesias urbanas, em período de crise.

1. Fontes e metodologia

1. As fontes documentais básicas utilizadas nas investigações sobre as crises de mortalidade foram os livros de registos paroquiais sendo algumas delas complementadas com informações recolhidas nas listagens de população, numeramentos, recenseamentos e outras publicações demográficas, jornais da época e outros acervos documentais.

Os registos de enterramento dos cemitérios foram as fontes privilegiadas para o estudo da mortalidade na zona ocidental de Lisboa no início do século XX (PEREIRA, 1990:2)

As tabelas nosográficas constantes dos Boletins Mensais de Estatística Sanitária (publicados no Porto pelos Serviços Municipais de Saúde e Higiene entre 1893 e 1901), Anuários Estatísticos (1884-1886, 1892 e 1900) e Movimentos da População (1893-1901) constituíram o "corpus" documental central da investigação sobre as crises de mortalidade no Porto no último terço do século XIX e início do século XX (MAIA, 1993: 2).

Recolhidos os dados demográficos e construídas as séries dos movimentos vitais com base quer no "método agregativo", quer no "método de reconstituição de famílias de L. Henry", quer no "método de reconstituição de paróquias de M. Norberta Amorim"⁷, a sua cobertura, a nível regional, é ainda insuficiente para se fazer uma apreciação global e definitiva das tendências e dos ritmos da evolução demográfica.

2. Para resolver as questões relacionadas com o exame das grandes mortalidades – a sua periodicidade, intensidade, cronologia e extensão geográfica, natureza e dinâmica, bem como as suas repercussões demográficas – decorreu, em 1975, o encontro de Montebello (Canadá)⁸, um dos congressos científicos mais frutuosos, ainda hoje orientador das pesquisas neste domínio. Verdade seja dita que mesmo aí não existiu acordo entre os eminentes participantes, a justificar a dificuldade de qualquer um dos métodos apresentados medir correctamente a amplitude da intensidade das crises de mortalidade. Não tendo sido encontrado um acordo metodológico, todos os processos forjados ficaram em aberto.

Com o trabalho de Teresa Rodrigues (1987), tomou forma um projecto de investigação nos centros universitários de Lisboa e Porto que seleccionou o método de Dupâquier para trabalhar as crises de mortalidade, opção determinante para poder vir a cimentar-se, com

base numa medida normalizada, uma síntese comparativa mais consistente.

Para o estudo das crises de mortalidade, a metodologia utilizada pela maioria dos investigadores foi a desenvolvida por J. DUPÂQUIER (1979a: 85-93; 1979: 249-250), baseada na frequência dos óbitos e que permite determinar o índice de intensidade das crises, segundo a fórmula: $I_x = (Dx - Mx) / sx$, em que Dx é o número de óbitos do ano x , Mx , o número médio de óbitos dos dez anos precedentes e sx o desvio-padrão dos dez anos de referência⁹. O facto de introduzir o desvio-padrão (sx) faz com que os efeitos aleatórios provocados pela existência de freguesias com diferentes dimensões populacionais sejam menores. Estabelece também índices de medida das variações da intensidade da mortalidade que, por sua vez, corresponderão a crises de maior ou menor magnitude¹⁰. Ao trabalhar sobre anos civis, esta medida pode ser afectada pela conjuntura anterior, pelo que J. Dupâquier tentou solucionar o problema dos índices em crises sazonais que ultrapassassem aquela unidade cronológica¹¹. Chama anos de crises àqueles cujo índice ultrapasse o valor 1.

Uma outra metodologia utilizada foi a de DEL PANTA e LIVI BACCI (1977: 401-445; 1979: 69-81) para determinar a tendência da mortalidade normal, através do cálculo das médias móveis modificadas de onze anos, isto é, truncadas dos dois valores mais baixos e dos dois valores mais altos, sendo considerados anos de crise aqueles cujos valores se desviaram em mais de 50% da respectiva média móvel.

Para a análise da mortalidade na zona ocidental de Lisboa no início do século XX utilizou-se o método da população tipo que permitiu medir a intensidade da mortalidade, independentemente das perturbações derivadas da estrutura. Procedeu-se também ao cálculo da taxa de crescimento anual médio e do tempo de duplicação em anos (PEREIRA, 1990:8).

Nas investigações que tiveram como tópico central as crises de mortalidade ao nível alargado de uma área concelhia ou de grande cidade, para distinguir as "crises gerais" das "crises locais", os investigadores utilizaram os critérios de PÉREZ MOREDA (1980: 108)¹² e de DEL PANTA (1980: 203)¹³. Refira-se também que outras pesquisas, ao agrupar paróquias circunvizinhas, optaram por trabalhar sobre o somatório dos óbitos.

Grande parte dos trabalhos produzidos na Universidade do Minho seguiram uma metodologia própria. M. N. AMORIM (1987: 284) apresentou um processo para detectar as cri-

ses e que podia também funcionar para avaliação da intensidade das mesmas: de acordo com os níveis do comportamento, para cada periodização das séries de óbitos, calculou a média anual; depois, estas médias foram referidas ao índice 100 e reduzidas as séries de cada período em função deste índice. Introduziu ainda o desvio-padrão. Assim, todos os valores superiores a 100 corresponderiam a uma "situação difícil"; haveria "crise", se o valor fosse superior a $100 + 1$ desvio-padrão e "crise grave", se o valor ultrapassasse $100 + 2$ desvios-padrões, podendo aumentar sucessivamente a amplitude. Posteriormente, uma metodologia simplificada da mortalidade "excepcional", e mais conforme à realidade dos factos, porque a mortalidade é também função da estrutura de idades, distinguiu a mortalidade de crise dos menores de sete anos da mortalidade de crise dos maiores de sete anos. As séries foram divididas em períodos, segundo a sua maior homogeneidade interna, para os quais se calculou a média e se reduziu os efectivos anuais de cada período a índices. Considerou-se como "ano de crise grave", o ano em que a mortalidade fosse quatro ou mais vezes superior à média do respectivo período (AMORIM, 1992: 213-216).

O critério comumente seguido para determinar os anos de mortalidade "extraordinária" foi, portanto, a análise independente das séries de óbito. Entendemos, porém, incluir nesta "resenha" os resultados obtidos por outros investigadores que, ao depararem com séries de enterros que dificultavam a determinação do próprio fenómeno de sobremortalidade, porque a informação era precoce ou deficiente, se serviram da análise das curvas de baptismo e casamento para intuir as crises demográficas¹⁴.

A diversidade das metodologias e das técnicas de medida aplicadas no estudo das crises de mortalidade foi, portanto, manifesta. Todas medem o fenómeno, todas têm vantagens e inconvenientes, todas são válidas, só que os resultados nem sempre são concordes¹⁵.

Para a visualização do ritmo mensal dos óbitos foi utilizado o método dos números proporcionais de FLEURY e HENRY (1965: 103-105).

2. Importância da mortalidade. O Antigo e o Novo Regime Demográfico.

Foi o desenvolvimento da Demografia Histórica que permitiu a formulação de uma das mais importantes **teorias** sobre o comportamento demográfico das populações anteriores ao fenómeno de transição demográfica que caracterizou os dois últimos séculos da nossa era, dando origem ao conceito de Antigo Regime Demográfico.

Os limites cronológicos aceites para este período estendem-se desde a segunda metade do século XIV à segunda metade do século XVIII, sendo pontualmente alargado aos primeiros anos do século XIX.

As suas características fundamentais, como nos diz Braudel, eram "*uma igualdade da morte e da vida, uma altíssima mortalidade infantil, fomes e uma subalimentação crónica e poderosas epidemias*"¹⁶. A esperança de vida era baixa, situando-se à volta dos 30 anos, nos séculos XIV a XVIII.

Os níveis de natalidade eram bastante elevados e, embora se situassem normalmente um pouco acima dos da mortalidade, assumiam valores muito aproximados que, em termos de taxa bruta, rondavam os quarenta por mil (BRAUDEL, 1970: 56)¹⁷.

A permanência de uma mortalidade considerável e a ocorrência de crises demográficas, traduzidas por um aumento súbito do número de óbitos, quebrava periodicamente e de uma forma geralmente brusca o crescimento populacional. O equilíbrio era por isso instável, embora a evolução da natalidade, menos irregular que a da mortalidade e apresentando-se bastante estável a longo prazo, permitisse um crescimento demográfico lento (RODRIGUES, 1990: 17; SANTOS, 1994: 16; RODRIGUES, 1996: 71; TAVARES, 1997: 99).

De uma forma geral, em todas as sociedades de tipo antigo existia uma mortalidade que correspondia aos períodos normais e dependia de um conjunto de condicionantes económicas, biológicas, científicas, políticas e sociais, entre outras (PÉREZ MOREDA, 1980: 56) e, periodicamente, uma mortalidade de crise que intervinha na evolução habitual da mortalidade, dando lugar a uma mortalidade excessiva.

As oscilações da nupcialidade e das demais variáveis demográficas actuavam em função dos índices de mortalidade, ajustando-se assim às novas realidade desencadeadas pela

morte de parte de uma determinada população, levando a um aumento dos nascimentos e, a médio prazo, à reposição dos efectivos perdidos.

Desta forma, pensava-se, numa visão muito malthusiana, que quando uma dada população atingia um certo limite determinado pelas subsistências, sobre ela abatia-se uma crise de mortalidade de forma a permitir a reposição da população a um nível conveniente (PINTO, 1993: 16; TAVARES, 1997: 99). Por outro lado, essas crises correspondiam aos grandes flagelos característicos do Antigo Regime: a fome, a peste e a guerra.

Esta visão da análise dos movimentos demográficos foi posteriormente ultrapassada e contestada por J. Dupâquier¹⁸ que ao analisar a grande crise de mortalidade ocorrida em França entre 1693 e 1694, verifica que os indivíduos perdidos tinham sido não apenas repostos, mas também ultrapassados pelos nascimentos, na fase final da crise e nos anos seguintes.

Ao observar a nupcialidade e verificar a existência de um elevado número de casamentos de viúvos e de celibatários, deu-se o primeiro passo para a formalização do que se veio a designar por "sistema regularizador das populações" e, pela primeira vez, os historiadores demógrafos consideraram a nupcialidade variável explicativa da evolução da população de Antigo Regime. Se, por um lado, as crises de mortalidade ao afectarem periodicamente estas populações, provocavam o desaparecimento de pessoas em idade de casar, por outro lado, ao darem lugar ao aumento do número dos segundos casamentos, à recuperação dos potenciais celibatários e à descida da idade média das mulheres ao casamento, conduziam à alteração e aceleração do movimento dos casamentos e dos nascimentos, levando ao rejuvenescimento da estrutura populacional e ao acréscimo dos efectivos humanos. Assim, a nupcialidade constitui a variável explicativa do processo de evolução da população de Antigo Regime Demográfico, enquanto a mortalidade, ao desencadear um processo de renovação de gerações, constitui a variável dinamizadora do sistema (PINTO, 1993: 17; TAVARES, 1997: 102).

A oscilação da nupcialidade não era senão uma resposta às crises de mortalidade, embora uma das condições de funcionamento do sistema referido por J. DUPÂQUIER (1984: 77-78), e outros autores, fosse a existência de baixos valores de ilegitimidade, contrariamente à ideia que se tinha desse período. Contudo, nos meios urbanos estes condicionalismos

assumiam características diferentes, devido ao fenómeno da imigração que, por si só, levava à reposição dos efectivos perdidos. Isto porque a aceleração dos movimentos migratórios de zonas não afectadas ou de maior densidade populacional para as zonas atingidas pela mortalidade era um dos meios do mecanismo auto-regulador das sociedades de Antigo Regime.

Muitos autores, como Meuvret, Goubert, Lebrun, Livi Bacci, Flinn, Moreda ou Del Panta, consideram a mortalidade proveniente de crises como o factor mais importante entre os mecanismos auto-reguladores da população, uma vez que, ao interferir na nupcialidade e natalidade, é vista como determinante da inversão de uma tendência geral de crescimento populacional (SANTOS, 1994: 18).

Para F. LEBRUN (1980: 233-234), as crises demográficas são consideradas "*o factor chave da demografia de tipo antigo*". PÉREZ MOREDA (1980: 58, 61) diz que "*toda a alteração demográfica depende quase exclusivamente das crises de mortalidade presentes com carácter crónico na maior parte das populações do passado*". Para FLINN (1989: 55) "*sem as crises, o crescimento teria sido contínuo, embora seja claro que nos primórdios da Europa Moderna, o crescimento contínuo, até mesmo a baixos níveis, deveria ter sido ele próprio um factor de desequilíbrio*". Para eles, foi o recuo da morte que determinou o crescimento da população no decorrer do século XVIII.

Outros autores parece terem-se preocupado essencialmente com os factores que poderiam estar na origem do aumento súbito da mortalidade ocorrida numa determinada população e num determinado contexto histórico. Para muitos, as crises de subsistência eram as grandes responsáveis pelas crises de mortalidade, na medida em que a elevação dos óbitos coincidia normalmente com a elevação dos preços dos cereais. Como diria Chaunnu, elas não coincidem necessariamente, podendo verificar-se a existência de crises de mortalidade em períodos de relativa abundância de alimentos, mas também a sua não existência em períodos de escassez e carestia alimentar (DAVID, 1992: 12; SANTOS, 1994: 18).

Relativamente aos séculos XVI e XVII, será necessário ter presente o papel desempenhado pela peste que devastou várias regiões europeias e que, até finais do século XVI, terá sido a grande responsável pelas crises de mortalidade. Após este período, embora a sua virulência tenha diminuído, só desaparecerá da Europa depois do violento surto em Marselha,

em 1720. Contudo, a Europa de Leste continuará a sentir recorrências de peste negra até finais do século XIX (SANTOS, 1994: 18).

Sabemos, porém, que outros factores contribuíram para as grandes mortalidades das populações do passado: numerosas doenças como o tifo e as febres tifóides, a varíola, a malária ou paludismo, a cólera, a febre amarela e outras que, muitas vezes, associadas a perturbações políticas, guerras, crescimento da concentração urbana, más condições climáticas com sucessivos maus anos agrícolas, escassez de cereais, ausência de técnicas de armazenamento e transporte de alimentos, assim como os frequentes períodos de fome, fizeram com que o crescimento da população se tivesse mantido a um ritmo moderado por quase quatro séculos. Em termos globais, o tifo teve, no século XVII, efeitos mais nocivos que os provocados pela peste (RODRIGUES, 1987:17). Em toda a Europa, a peste deu lugar a outras doenças epidémicas que, juntamente com conjunturas diversas, caracterizaram este século como período de descida populacional.

Nos séculos XVI e XVII, as guerras fizeram-se também sentir em toda a Europa, desde a Península Ibérica, com a Guerra da Restauração e a Revolta da Catalunha, até ao Extremo Leste, com a Guerra dos 30 anos e as perturbações na Rússia e na Polónia.

Portugal, durante o período decorrente entre os finais do século XVI e todo o século XVII, foi igualmente marcado pela instabilidade, transição e crise para a sociedade portuguesa. Após a morte de D. Sebastião, em 1578, os espanhóis invadiram Portugal, acabando por aclamar como rei Filipe II, em 1581. Homens portugueses foram recrutados para o exército espanhol e as possessões portuguesas atacadas pelos holandeses que se encontravam em guerra com Espanha. Em 1640 dá-se a Restauração da Independência, sendo a segunda metade do século XVII marcada pela guerra contra Espanha, até ao tratado de paz, em 1668. Portugal acompanha também a recessão económica europeia dos anos 70 a 90, aqui agravada pelas situações de guerra e escassez alimentar.

Sabemos hoje que as guerras, por si só, raramente provocaram a inversão do crescimento populacional. Os seus efeitos faziam-se sentir essencialmente ao nível da alteração desse crescimento, na medida em que atingiam fundamentalmente uma determinada faixa etária masculina. No entanto, parece terem sido decisivas para o desencadear de uma mortalidade excessiva, uma vez que ao provo-

carem o agravamento das condições higiénicas, de vida e do abastecimento alimentar, assim como a transmissão de doenças contagiosas iriam certamente afectar as populações civis.

Face à existência destes diferentes factores que originavam as crises demográficas, J. DUPÂQUIER (1979: 265-266), no seguimento de P. GUILLAUME e J.-P. POUSSOU (1970: 148-152), procedeu à comparação dos efeitos demográficos das crises dividindo-os em três tipos de situações:

- crises de origem epidémica
- crises de subsistências
- crises de subsistências mais crises epidémicas,

sendo as duas primeiras consideradas crises puras, por se deverem exclusivamente a um único factor, e a última considerada crise mista, por ser desencadeada simultaneamente por factores de natureza diferente.

Actualmente, e à medida que novos estudos se efectuam, parece comprovar-se que a maioria das "crises" se devem à conjugação de diversos factores, embora seja preponderante um factor sobre os outros (PÉREZ MOREDA, 1980: 94).

A partir da segunda metade do século XVIII, será o espaçamento destas crises, para o qual contribuiu a mudança qualitativa na peste, fome e guerra, acompanhado por uma melhoria nas condições de higiene, evolução da medicina e também por progressos agrícolas e industriais, que abre as vias do crescimento global da população europeia (SANTOS, 1994: 16). Em épocas anteriores ao século XVIII, qualquer progresso importante era imediatamente corrigido por uma catástrofe natural ou humana.

Embora a segunda metade do século XVIII seja o momento em que, segundo as teorias mais generalizadas, se passa de uma demografia de tipo antigo para uma demografia de tipo moderno como aconteceu em França, Inglaterra, Suécia e Noruega, onde o recuo da mortalidade se deu a partir de meados desse século, noutros países, como a Alemanha e a Itália, foi apenas em meados do século XIX que se viu a mortalidade recuar, como diz J. VALLIN (1989: 31-54).

Relativamente a Espanha, Jordi NADAL (1971: 133) verificou que o recuo da mortalidade catastrófica se deu por volta de 1900, o da mortalidade infantil só teve lugar após a primeira guerra mundial e a descida da fecundidade apenas no princípio do século XX. Em Portugal, o recuo da mortalidade e da fecundidade terá certamente ocorrido nos mesmos períodos observados para Espanha. Se-

rão, no entanto, necessários mais estudos, embora os existentes apontem para a persistência de crises ainda ligadas a questões alimentares, desemprego, alta de preços e epidemias, na segunda metade do século XIX (SANTOS, 1994: 17). Estas diferenças apontam para a necessidade de estudos micro-demográficos que nos permitam conhecer melhor as realidades nacionais, regionais e locais.

A nível europeu é possível identificar alguns aspectos distintos que marcaram a evolução geral da população. Em Portugal é também visível um aumento populacional no século XVI que se deveu não só à vitalidade da economia e à introdução de novas culturas vindas da América e do Oriente que contribuíram para uma melhoria da alimentação da população mas também ao espaçamento das crises demográficas.

Segundo o numeramento ordenado para Portugal por D. João III em 1527 a população era de um milhão e duzentos mil habitantes, observando-se o início de um período de estagnação no final do século XVI, devido sobretudo às grandes pestes.

Na Europa, o século XVII caracterizou-se pela estagnação do crescimento populacional que se deveu à maior ocorrência de anos de crise e se manteve até à primeira metade do século XVIII, embora com menor intensidade.

A partir da segunda metade do século XVIII, as crises tornaram-se menos frequentes e a conjuntura pareceu inverter-se, permitindo um crescimento demográfico mais ou menos acentuado e a criação de um novo modelo demográfico.

Para LIVI BACCI (1978: 5; 1984: 71), as crises foram um factor regulador por excelência, melhor, um factor destruidor do crescimento das populações do passado.

O aumento das populações europeias no decorrer do século XVIII está ligado às modificações significativas registadas nas taxas de mortalidade geral e principalmente nas taxas de mortalidade infantil que tendem a diminuir de uma forma bastante significativa, em parte, devido a uma melhoria das técnicas de parto, à generalização do uso do quinino no tratamento das "febres" e à vacinação anti-varíola (BARATA, 1988: 3-7).

Em Portugal, a população nos fins do século XVIII manifestou tendências de crescimento que se tornaram mais significativas no século seguinte (DIOGO, 1992: 40).

As novas possibilidades de crescimento, entre a segunda metade do século XVIII e a segunda metade do século XIX, marcaram um período de mudança entre o Antigo e o Novo

Regime Demográfico designado por período de "transição demográfica" que se caracterizou por um crescimento acelerado da população europeia devido, inicialmente, à diminuição da mortalidade relativamente à fecundidade e, numa fase posterior, ao declínio da natalidade, seguido do reequilíbrio entre as duas variáveis demográficas. Esta teoria não foi extensível a todos os países da Europa, na medida em que a natalidade foi, em alguns casos, a primeira variável a declinar; foram contudo excepções que não puseram em causa a validade do modelo.

Relativamente ao século XIX, o declínio da mortalidade e o aumento da esperança de vida foram, a nível demográfico, os acontecimentos mais importantes ao longo deste século, pois explicam quase por si só o aumento significativo observado nas populações europeias. Contudo, é necessário ter presente que esta descida não foi linear nem homogénea mas diferente consoante as áreas geográficas e o impacto da Revolução Industrial (MORAIS, 1988: 3 e 10; TAVARES, 1997: 104).

Na primeira metade do século XIX, antes da vulgarização de certos avanços na ciência médica, as taxas de mortalidade mantinham-se ainda elevadas e as epidemias continuaram a atingir uma parte considerável da população.

Portugal, do ponto de vista conjuntural, foi marcado neste período não só por dificuldades económicas mas também pela Guerra Peninsular e pela independência do Brasil. Na segunda parte dos anos 60, o nosso país foi ainda atingido pela crise mundial. Contudo, a partir da década de 70, desenha-se uma nova fase de expansão económica e o final do século termina com um novo incremento industrial também decisivo para a alteração da estrutura populacional, das formas de mobilidade geográfica e das tendências de crescimento que se tornaram mais notórias no século XIX (RODRIGUES, 1993: 25).

Nos países mais industrializados, a esperança de vida passou de 30/40 anos no início do século XIX, para 70/75 anos e mais, até aos nossos dias. Em Portugal, na primeira década do século XX, a mortalidade situava-se nos 20 por mil, colocando-se assim numa posição semelhante à da maioria dos países ocidentais. As mudanças observadas na evolução desta variável deveram-se essencialmente a factores técnicos e culturais que se foram desenvolvendo ao longo do século XIX e que, por sua vez, deram lugar a alterações dos comportamentos a nível higiénico-sanitário (MENDONÇA, 1996: 14).

A partir de 1834 a população portuguesa cresce sem retrocessos, facto que se deveu a uma melhoria lenta das condições de vida que contribuíram para que cada vez mais pessoas pudessem sobreviver (MORAIS, 1988: 13).

Estas foram as tendências gerais de evolução da mortalidade desde a segunda metade do século XVI até ao início do século XX e que nos permitiu, de facto, compreender a importância das crises de mortalidade como factor que ciclicamente abalava a estrutura das populações.

Todavia, não será a atenuação das crises que irá provocar o declínio da mortalidade. Este deveu-se sobretudo à mudança do regime normal da mortalidade: diminuição das taxas brutas de mortalidade e de mortalidade infantil, aumento da esperança de vida à nascença masculina e feminina (PERRENOUD, 1989: 13-29, VALLIN, 1989: 31-54; CASELLI, 1989: 55-77).

A interpretação destas mudanças tem posto em confronto diversas **teorias e modelos** explicativos - da prioridade dada às crises de mortalidade (combinação de factores climáticos, ambientais, epidémicos, nutricionais, sócio-económicos, biológicos, genéticos), às variações na estrutura da mortalidade, em função da idade e do sexo, à melhoria das condições sanitárias, à acção da medicina e da técnica médica - pelo que, o estudo histórico da mortalidade se insere numa história mais geral, que pede abordagens multidisciplinares, sobretudo médico-históricas (GARDEN, 1989: 7-11).

Por detrás destas concepções teóricas, fica o enquadramento fornecido pelo **conhecimento empírico** da mortalidade portuguesa no passado.

3. As crises de mortalidade em Portugal

Ao analisar a produção científica que tivemos entre mãos, confrontámo-nos com a representatividade dos resultados que houve que utilizar com muita precaução, considerando que: são resultados "por defeito" (sub-registo não detectado ou, se detectado, não corrigido); o espaço temporal sobre o qual incidiu a nossa observação, dos meados do séc. XVI ao início do séc. XX, não foi coberto igualmente por cada uma das fracções da nossa amostra; embora pudéssemos contar com a cobertura de algumas áreas geográficas concelhias e urbanas, muitos dos trabalhos que nos foram presentes incidiram sobre espaços rurais de reduzida dimensão; desigual foi ainda

o grau de tratamento dado à variável demográfica mortalidade: se nalguns casos, era o tópico central da investigação, noutros aparecia como "um parente pobre", face ao desenvolvimento concedido a outras variáveis demográficas; por vezes, as pontas dos anos de crise pareceram surgir como uma ilusão óptica, desfocada, difusa¹⁹.

Verificada a heterogeneidade da nossa colecção, afigurou-se-nos embaraçoso dela extrair uma síntese coesa, precisa, até porque seria prematuro sugerir conclusões definitivas.

Para elaborar um resumo que, pela sua complexidade, também não foi fácil, partimos do princípio de que esta amostragem obedecia a critérios minimamente homologáveis, dada a credibilidade técnica e aprofundamento temático apresentados.

Os anos em que a crise apareça excessivamente localizada só numa paróquia ou num número limitado de paróquias não deverão ser muito significativos (IMHOF, 1979: 297; PÉREZ MOREDA, 1980: 108). Por isso, maior atenção deverá ser dada às "crises generalizadas".

Crises da segunda metade do século XVI ²⁰

Até agora, poucas investigações são conhecidas para Portugal que, ao recuarem ao século XVI, captaram as perturbações relacionadas com as crises demográficas.

Relativamente a Lisboa, desde 1550 até ao final do século XVI, registaram-se três grandes crises de mortalidade de origem epidémica em 1569, 1579-1580 e 1599.

Em Portugal, o ano de 1569 deu início a uma fase marcada por sucessivas conjunturas desfavoráveis que atingiram também a capital, reflectindo-se nos seus níveis de mortalidade que, nesse ano, atingiram uma intensidade catastrófica, agravada pela "peste grande" vinda de Veneza. De facto, a peste continuava a ocupar o lugar preponderante como causa directa dos violentos surtos de mortalidade das populações Ibéricas²¹.

Na década de 70, outras perturbações foram sentidas, como tremores de terra e cheias em 1573 e 1575, acompanhadas por maus anos agrícolas. A partir de Outubro de 1579, o novo surto de peste que começou a deflagrar em Itália, Alemanha, Inglaterra e que de França se propagou a Espanha e Portugal, atingindo Lisboa de uma forma mais violenta, agrava-se e prolonga-se até meados de 1580. Esta peste juntamente com a fome e a guerra provocou a perda de um número considerável de

vidas humanas. Os sintomas apresentados e a sazonalidade indicam tratar-se de peste pneumónica, possivelmente aliada a outras doenças de tipo endémico, como se verificou em Espanha.

Em 1589, sofre os ataques ingleses e na Primavera desse ano é ainda atingida por uma epidemia pestífera designada por "madorra" e por outros surtos não identificados, em 1590 e 1591.

Em 1596, a capital iniciou-se um processo de graves perturbações que se mantiveram até ao final do século: maus anos agrícolas, escassez de cereais, fome e as cheias de 1597 que, por sua vez, agravaram a situação de carência alimentar.

Em Julho de 1598, Lisboa é atingida por um sismo e em Novembro era já sentido um clima de peste de tipo bubónico que se agravou nos primeiros meses de 1599, acabando por se prolongar até 1603 e atingir a magnitude 4. Esta crise foi sentida a nível internacional, atingiu toda a Península²² e os principais portos europeus. Em Portugal foi uma das maiores crises de mortalidade ocorridas no século XVI, tendo como causa a peste (RODRIGUES, 1987: 138-146, 153-162 e 213).

Nos concelhos de Oeiras, Cascais e Sintra, a peste dos finais do século XVI, provocou também um agravamento dos níveis de mortalidade destas populações com crises que atingiram 50% das freguesias em 1589, 1594, 1595, 1597 e 1598 (RUNKEL, 1990: 116).

Nas antigas vilas de Alenquer e Aldeia Galega de Merceana e seus termos, terras do oeste estremenho, houve crises gerais de mortalidade em 1588, 1593-1594 e 1596-1599, que atingiram, em cada um destes períodos, respectivamente, as magnitudes 1, 2 e 3, esta última a alcançar a intensidade mais aguda de toda a observação (FERREIRA, 1989: 141 e 143-144).

Em Coimbra, foram anos de epidemia, como "febres violentas", "modorra", "catarro", "tabardilho" ou "pintas", "peste bubónica", os anos de 1557, 1563, 1566, 1580 a 1581, 1590 a 1591 e 1599 a 1602. Só em 1599 a população de Coimbra desceu cerca de 20% em relação a 1567; aproximadamente 25% da sua população activa desapareceu.

Mortalidades anormais provocadas por carências alimentares, devido à escassez de géneros foram sentidas em Coimbra e seu termo, entre 1575 e 1577, em 1592 e de 1596 a 1599. Em 1575, as concepções em St^a. Justa e St^a. Cruz desceram 25% em relação ao ano anterior. Na catástrofe de 1599 à esterilidade de mantimentos cresceu a pestilência (OLIVEI-

RA, 1971, I: 176-287).

Em Guimarães, as paróquias de S. Sebastião, Azurém e Fermentões deram também conta da mortandade de 1599, entre Maio e Dezembro, que os registos locais assinalaram como morte "de peste". Calcula-se que este flagelo terá levado 23 a 30% e 32 a 43% da população, respectivamente, de S. Sebastião e Azurém, e terá atingido mais de 52% dos fogos (AMORIM, 1987: 285-290).

A povoação de Cardanha, em Trás-os-Montes, registou um aumento da mortalidade em 1576 e 1599, provavelmente devido a doença epidémica (AMORIM, 1980: 102).

No Alentejo, a povoação de Cuba foi também atingida pela peste desde Março a Maio de 1599 e por uma crise de mortalidade de magnitude 5 (SANTOS, 1994: 75-79).

Na transição do século XVI para o século XVII, o Algarve sofreu o flagelo da fome, da peste e da guerra. No decénio 1596-1605, destacaram-se os anos de 1596, ano do ataque dos ingleses a Faro e consequente "*correria militar por todo o Algarve*", e de 1601 a 1602, anos de peste em Lagoa, Faro, Portimão e Alvor, biénio este associado às más colheitas e à fome que, entretanto, se gerou, catalizando "o mal" e prolongando-o para além da epidemia (MAGALHÃES, 1988: 12, 40, 43 e 180).

Daquilo que fica dito, parece sobressair o fluxo e refluxo cíclico das crises demográficas da segunda metade de Quinhentos, em que interferiram as fomes e as carestias frumentárias e os surtos epidémicos ou pestíferos, a maior parte dos quais importados por causa dos tratos comerciais. Nas últimas três décadas do século XVI as crises agudizaram-se e, com grande virulência, na transição ao século seguinte.

Crises do século XVII ²³

Os estudos até agora realizados, devido ao silêncio das fontes utilizadas, só pontualmente nos indicam as causas que estiveram na origem das sobremortalidades do século XVII, pelo que se tornou muito limitado o conhecimento da difusão das diferentes crises e dos seus efeitos demográficos. A maioria das "crises" dever-se-ia à conjugação de diversos factores, embora um factor pudesse prevalecer sobre os outros. Nesta síntese, fizemos a aproximação aos seguintes tipos de situações: o desaparecimento da "peste"; o papel relevante das epidemias de tifo, frequentemente associado às carências alimentares e à guerra; o problema das subsistências.

1. Nas áreas analisadas do Norte, a peste desaparecia nos fins do século XVI, enquanto, no Sul, ainda nos anos 80 do século XVII, se registavam as últimas referências a este flagelo.

Resquícios da peste bubónica dos anos finais de Quinhentos estiveram "em morrão" até 1602, em Coimbra (OLIVEIRA, 1971, I: 176-287), também presentes em Olivença²⁴ (COSME, 1994: 95-101) e, ainda em 1603, em Lisboa; para a população algarvia, esta calamidade foi sentida até 1605 (MAGALHÃES, 1988: 12, 40, 43).

Em Lisboa, a peste e o agravamento das falhas alimentares, foram os principais responsáveis pela crise geral ocorrida em 1631-1632 e entre 1647 e 1652, registando-se o pior ano de crise deste período em 1649 (RODRIGUES, 1987: 183-191).

Entre 1675 e 1685, ocorreu, nesta cidade, um período de mortalidade geral enquadrado na conjuntura desfavorável da época e que aqui se deveu ainda à influência de pessoas vindas de outros locais em busca de melhores condições de vida. Desde 1679 a 1682, verificaram-se algumas mortes por peste, aliadas à escassez alimentar, e em 1685 a crise atingiu 75% da população desta cidade. Durante este período não se observaram diferenças significativas nem entre a cidade e o termo, nem entre grupos etários (RODRIGUES, 1987: 191-202).

Circunscritas ao Algarve, ocorreram duas graves epidemias nos meados da centúria. Em 1645-1646, uma peste importada do Norte de África atingiu Tavira que perdeu 10 a 24% da sua população e, em 1649-1650, a peste bubónica, pandemia mediterrânea, achou em Lagos, Silves, Faro e Loulé o seu ancoradouro mais ocidental. Faro perdeu, então, 19 a 31% dos seus habitantes. Durante a fogueira da peste e nas cinzas dela seguiram-se anos de baixas produções de trigo e de centeio e consequente alta de preços cerealíficos (MAGALHÃES, 1988: 20, 25, 49, 52-53, 57-59, 62, 178, 181 e 398).

No Alentejo, Brinches acusou sobremortalidade de "média" intensidade em 1673, 1676 e 1685, intercalando-se uma crise "forte" em 1680-1681. Nesta freguesia, as crises da década de 80 coincidiram com saldos fisiológicos negativos. Um leque de factores poderão ter estado, directa ou indirectamente, na base destas sobremortalidades: epidemias, como as do Verão de 1676, e a peste, em 1680 (COSME, 1994a: 576-582, 940-943 e 1191-1192).

2. O tifo, frequentemente associado às ca-

rências alimentares e às guerras, provocou perdas muito elevadas, embora não comparáveis às da peste. Às arremetidas do tifo e das febres tifóides juntaram-se a difteria, a varíola, o paludismo e outras enfermidades.

No início do século, depois da peste, sentiram-se dificuldades de abastecimento internacional de cereais que levaram a uma subida dos preços, carência alimentar, fome, que na Primavera de 1609 e em 1612 atingiu a população de Lisboa, e doenças, como o tifo que, em 1613, levou a um aumento do número de óbitos desta população, embora sem consequências significativas (RODRIGUES, 1987: 162-213).

Esta situação de fome e epidemia de tifo atingiu os concelhos de Oeiras, Cascais e Sintra, entre 1610 e 1617. Contudo, foi no concelho de Sintra que a mortalidade de crise foi mais sentida, registando-se três crises de nível 3 em 1613, 1614 e 1616 (RUNKEL, 1990: 124-125).

Em Lisboa, as crises de mortalidade surgiram ainda em 1615-1616, 1619-1620 e 1622, enquadradas na conjuntura adversa que se fazia sentir no país e tendo como principal causa doenças epidémicas, tais como o tifo ou a difteria. O ano de 1620 foi marcado por falhas de abastecimento de pão, provocadas por uma praga que atingiu as searas alentejanas, e por um elevado número de mortes de tifo. Contudo, a maior elevação da mortalidade ocorreu em Maio e Junho de 1622, prolongando-se até meados de 1623, anos de grande fome e alta de preços em Lisboa e em quase todo o país. Em 1626, Lisboa foi atingida por um surto de difteria e o período de 1627 a 1633 foi marcado por sucessivos maus anos agrícolas, doenças e "febres malignas" em 1630 e 1631 e fome em meados de 1632. O aumento do número de óbitos deu-se a partir de 1630 e atingiu o seu máximo nos anos seguintes, com crises em 1631-1632, causadas, como referido acima, principalmente pela peste. Do ponto de vista social, a década de 30 foi marcada por protestos e motins entre a população (RODRIGUES, 1987: 162-174).

Nos concelhos de Oeiras, Cascais e Sintra, no mesmo período de 1627 a 1633 em que Lisboa era marcada por uma conjuntura adversa, foram sentidas carências alimentares, fome e epidemias, acompanhadas por uma sucessiva subida da mortalidade: quatro das dez freguesias com informação atingiram valores superiores a 30% de situações de crise, chegando a atingir os 70% em 1631, ano de crise geral. Em Oeiras e Barcarena, registaram-se crises de mortalidade em 1628, 1631 e 1632

(RUNKEL, 1990: 129-134).

Em Cuba, nos anos de 1611 e 1614 foram sentidas duas crises de magnitude 2, isto é, de média intensidade, com "picos" de mortalidade respectivamente em Outubro e Novembro e entre Janeiro e Maio. Em 1614, a análise da sazonalidade e a ligação com carências alimentares, apontou para a possibilidade de se ter tratado de um surto de tifo²⁵.

Entre 1620 e 1622, os óbitos voltaram a aumentar em Cuba, sobretudo nos meses de Agosto e Dezembro de 1621 e Janeiro de 1622. Durante este período, a elevação dos óbitos pareceu dever-se mais a problemas epidémicos do que alimentares. Embora estes anos tivessem sido marcados pela alta de preços e pela grande fome sentida em quase todo o país até meados de 1623, nada pareceu indicar que a fome tivesse atingido a região de Cuba com a mesma intensidade verificada na capital (SANTOS, 1994: 92-94).

De algum modo consonante com a sobremortalidade de Olivença, entre 1619 e 1622, particularmente elevada em 1622, foi o comportamento da mortalidade na localidade próxima, Mourão, ao acusar índices de mortalidade "anormal" em 1622 e 1627. Factores distintos parecem ter estado na origem destas sobremortalidades: os efeitos acumulados da escassez de alimentos e duma epidemia em 1622; o surto de garrotinho que se espalhou pelo Alentejo, incidente no primeiro semestre de 1627, a vitimar sobretudo as crianças e a provocar o pior défice fisiológico do período analisado (COSME, 1994: 95-101).

Mas, foi em Fevereiro de 1636 que o "aperto da fome" se sentiu com maior intensidade em Lisboa, seguido de um violento surto de varíola que arrasou a cidade e se sentiu também no Algarve. A elevação da mortalidade sentida na capital em 1635, 1636 e 1637, embora associada a uma conjuntura económica desfavorável, deveu-se essencialmente a doenças de origem epidémica. Em 1642 desencadeou-se ainda uma crise de tipo endémico, embora de pouca intensidade (RODRIGUES, 1987: 174-179).

Em Cuba, a mortalidade aumentou em Novembro e Dezembro de 1636 e até Janeiro de 1637, atingindo sobretudo mulheres casadas. Embora não tenha havido referência específica à ocorrência de varíola, admite-se a possibilidade de se ter tratado de um surto desta epidemia (SANTOS, 1994: 99-100).

Em Coimbra, a partir de 1630, uma grave epidemia, febre tifóide ou outra moléstia, para a qual possivelmente concorreu o tempo quente que então fez, abateu-se sobre o burgo e o

termo coimbrão e atingiu a gravidade máxima em 1632 (OLIVEIRA, 1971, I: 177-282).

Em Rebordãos, em Trás-os-Montes, o volume dos óbitos triplicou em 1621, 1626 e 1644, em relação às respectivas médias decenais, possivelmente devido a surtos epidémicos (AMORIM, 1973: 78).

De 1641 a 1645 e de 1642 a 1646, foram detectadas crises de mortalidade, respectivamente, em Olivença (paróquias de St^a. Maria Madalena e Matriz) e Mourão (Matriz), paróquia esta que apresentou uma diminuição significativa dos casamentos de 1640 até finais da década de 50. Relacionadas com algum foco epidémico, "febre e cesões", em 1644, e com os efeitos negativos da Guerra da Restauração, estas crises atingiram a magnitude 6, "catastrofe", nas duas paróquias de Olivença, e a magnitude 5, "super-crise", em Mourão. Em 1656, a paróquia Matriz de Olivença voltou a referir uma situação de crises mas já de magnitude 2, "crise média" (COSME, 1994 a: 578-580, 628 e 928).

Em Cuba, a partir de 1658 e até 1669, foram observados três sub-períodos de crise, em 1658-1660, 1662-1664 e 1666-1669, que em conjunto formaram uma super crise. Foram acompanhados pela subida dos preços e conjugaram a fome, a doença e a guerra. O facto da mortalidade ter sido mais intensa no Outono e Inverno, nomeadamente nos anos de 1658 a 1662, poderá estar associado à ocorrência de doenças bronco-pulmonares ou de tifo trazido para Cuba pelos soldados ingleses que no Verão de 1662 saíram de Lisboa, onde se propagava um surto de febre tifóide (SANTOS, 1994: 105-109).

De facto, em 1658, Lisboa voltava a ser atingida por um surto de tifo que se prolongou até 1659, apesar das freguesias mais afastadas do centro urbano terem recuperado mais cedo (RODRIGUES, 1987: 183-191). Situações de crise de mortalidade ocorreram ainda na capital em 1662, 1663 e 1666. A mortalidade de crise de 1666 teve como causa provável um surto de tifo ou qualquer outro dele derivado (RODRIGUES, 1987: 183-191).

Na freguesia de Oeiras, Barcarena, registou-se uma elevada mortalidade em 1650-1659 que se deveu também a uma epidemia de tifo. Nos concelhos de Oeiras, Cascais e Sintra, na década de 1655 a 1665, foram também sentidos os efeitos conjunturais, nomeadamente em 1658, 1660, 1662 e 1665, anos em que a população esteve sujeita a uma maior exposição à doença e à morte (RUNKEL, 1990: 136-144).

Em Guimarães, nas décadas de 50 e 60,

oleadas de mortalidades extraordinárias espalharam-se pelas zonas urbana, rural e mista. Em 1656, a sobremortalidade mais uma vez teve início na zona mista, e alastrou às duas outras zonas no ano seguinte, provocando mais mortes na cidade do que no campo. Em 1658, atingiu o paroxismo na zona rural, onde ainda estava activa um ano depois. Volvido um decénio, uma mortalidade anormalmente elevada, na zona rural, em 1666, e que já se havia pré-anunciado no ano anterior, propagou-se também à zona mista, em 1667. A cidade foi afectada em 1669. Supõe-se que estas crises possam estar relacionadas com a quebra de produção verificada no Entre Douro e Minho, a partir de 1658, e que ascendeu a um nível gravoso entre 1665 e 1667. Esta crise frumentária teria visado primeiro a população mais pobre da zona mista e, na sequência, dado origem a epidemia (AMORIM, 1987: 293-296).

Em Lordelo, no concelho de Guimarães, ocorreram, em 1657 e 1659, crises de mortalidade na população com oito e mais anos de idade, devido às dificuldades gerais da guerra da Restauração, e que tiveram reflexo nas fases depressionárias da nupcialidade e da natalidade dessa época (JANEIRO, 1997: 112, 123 e 141-142).

Em Romarigães, no concelho de Paredes de Coura, a população maior de sete anos de idade foi afectada por crises de mortalidade em 1658-1659, 1661, 1664 e 1684-1685, as quais devem ter sido gravosas, dada a sua concentração e frequência, numa curva de intensidade média com o seu pino forte em 1664, denotando correspondência invertida entre a elevação do volume dos óbitos e a retracção de baptismos e casamentos à volta de 1665-1666. Na origem destas crises demográficas parecem ter estado quebras de produção agrícola e consequentes carestias e surtos epidémicos nas décadas de 50 e 80 (SANTOS, 1998: 123-127 e 221-226).

S. Salvador de Cervães, no concelho de Vila Verde, em 1661, revelou uma crise média de mortalidade da população maior de sete anos de idade. Esta mortalidade "anómala" aparece inserida num contexto regional alargado, pelo que poderá ter raízes comuns: "crise frumentária que teria degenerado em epidemia" (BARBOSA, 1997: 100-102).

Em Trás-os-Montes, a população "adulta" de Rebordãos, voltou a ser atingida provavelmente por novos surtos epidémicos em 1658-1659 e 1686-1687 (AMORIM, 1973: 78). Em Cardanha, inserida na década mais mortífera do século XVII, destacou-se a sobremortalidade

de 1661, a qual parece ter tido raiz epidémica (AMORIM, 1980: 102). Em Poiães, foram funestos os anos de 1659-1660, 1683 e 1696-1697 (AMORIM, 1983-1984: 195-196).

As pontas das crises nas três paróquias transmontanas foram coincidentes no período 1658-1662 e, nos anos 80, a crise teve reflexo na quebra dos nascimentos e casamentos (AMORIM, 1983-1984: 195, 298, e 418; 1987: 296).

Nos concelhos de Oeiras, Cascais e Sintra, nas décadas de 70 e 80 só pontualmente se verificaram indícios de mortalidade extraordinária, sendo o ano mais mortífero o de 1676, inserido no contexto geral de crise económica europeia dos anos setenta a noventa e de carestias alimentares favoráveis ao desenvolvimento de epidemias (RUNKEL, 1990: 146).

Em Cuba, esta crise sentiu-se a partir de 1674 quando os preços dos cereais começaram a aumentar. O volume mais elevado de óbitos registou-se em Fevereiro de 1676, devendo-se provavelmente a uma doença de tifo. Entre o Verão e o Outono de 1684, Cuba foi novamente atingida por esta epidemia que coincidiu com a verificada em Espanha. Entre 1691 e 1699 ocorreu nesta povoação a última crise do século XVII, marcada por nove anos de crise de magnitude 2 e 3 que em conjunto representaram uma crise de magnitude 5, ou seja, uma super crise. Em 1694, o saldo fisiológico foi negativo (SANTOS, 1994: 115-128).

Também em Lisboa, o aparecimento de surtos epidémicos, favorecidos pela escassez alimentar, fome e pelas precárias condições de vida em que viviam estas populações, desencadearam as crises de mortalidade de 1692, 1694 e 1698 (RODRIGUES, 1987: 203).

Os concelhos de Oeiras, Cascais e Sintra foram igualmente marcados pela ocorrência de uma grande mortalidade desde 1692 até 1699, com crises em 1693, 1694, 1695 e 1697, possivelmente causadas pela existência de maus anos agrícolas e epidemias (RUNKEL, 1990: 146-153).

3. Como verificamos, quase todas as crises foram precedidas ou acompanhadas pela escassez e carestia de cereais. Ao longo do século foram surgindo crises conjunturais de subsistência²⁶, em Portugal mais evidenciadas nas cidades e nas áreas do Interior e do Sul

Em Coimbra, em 1622 e 1626, o vértice da linha da morte apareceu associado à grande escassez de trigo (OLIVEIRA, 1971, I: 177-282).

No Algarve foi anómalo o biénio 1622-1623. Nessa altura, houve uma quebra dos baptismos acompanhada pela carestia do trigo. Tra-

tou-se de uma situação de fome sem a ocorrência de epidemia (MAGALHÃES, 1988: 44 e 180).

Em 1624 registou-se em Cuba, no Alentejo, uma crise de mortalidade, possivelmente associada a questões alimentares, que atingiu sobretudo as mulheres casadas (SANTOS, 1994: 92-94).

Entre 1632 e 1633, uma crise de mortalidade de intensidade média, mais gravosa em Agosto, e de Outubro a Dezembro de 1632, atingiu esta população alentejana. Neste ano, o saldo fisiológico apresentou-se negativo. A forte relação observada entre os preços do trigo e os óbitos, pareceu indiciar uma associação entre as crises de mortalidade ocorridas durante estes anos e as dificuldades frumentárias que se verificaram na região de Beja. Em 1635, tinha havido em Cuba uma má colheita de trigo e no ano seguinte a esterilidade dos campos, devido à seca, levou a uma violenta elevação dos preços deste cereal que se mantiveram altos até 1637 (SANTOS, 1994: 94-98).

Ainda no Alentejo, um triénio difícil foi vivido pelas populações de Mourão e Olivença em 1631-1633, relacionado com problemas de ordem económica e frumentária (COSME, 1994: 95-101 e 127-128). De 1637 a 1640, viveram-se anos difíceis novamente na povoação de Olivença, possivelmente associados a problemas económicos e cerealíficos, com repercussões não só na elevação dos índices obituários como também na retracção dos casamentos e redução dos baptismos (COSME, 1994: 95-101 e 140).

Esta situação de fome sentida em todo o país e agravada com as alterações contra o domínio espanhol, fizeram com que a partir de Novembro de 1635 a fome se tivesse agravado em Lisboa, com a chegada de gentes pobres vindas não só do Alentejo mas também das Beiras, zonas mais atingidas pelos problemas alimentares. Mas, foi em Fevereiro de 1636 que o "aperto da fome" se sentiu com maior intensidade (RODRIGUES, 1987: 174-179).

No Algarve, o ano de 1637 foi de tumulto popular, provocado pelo aumento de carga fiscal, que conduziu à ocupação da zona pelas tropas castelhanas. Foi um ano de mortalidade anormal, documentada pelo acréscimo dos óbitos e correlativo decréscimo dos baptizados em várias localidades algarvias. A seca originou maus anos agrícolas e consequente alta de preços do trigo que atingiu os píncaros em 1636, a induzir a uma possível crise de subsistência (MAGALHÃES, 1988: 47-48, 180, 183-184, 188, 398 e 408-409).

Nas duas últimas décadas de Seiscentos novas crises de subsistência parecem ter ocorrido.

Nas áreas do Norte, o abaixamento da produção agrícola a partir de 1683, com profundas cavas em 1689-1691 e 1693-1694, depressão que se estendeu até 1713, parece ter tido efeitos imediatos na zona rural e, depois, na zona mista de Guimarães, onde se verificou um comportamento pouco estável da mortalidade. Na zona rural, os índices obituários foram anormalmente elevados em 1671, 1680, 1691-1692, 1694 e 1696. Na zona mista, a instabilidade iniciou-se em 1687, aumentou em 1694 e reapareceu em 1698 (AMORIM, 1987: 296-298).

Em Belinho, paróquia do concelho de Esposende, apresentou-se uma situação de mortalidade anormal da população maior de sete anos no decénio 1672-1682, com picos mais acentuados cerca de 1676 e 1682. Esta elevação do volume dos falecimentos enquadrou-se num contexto de dificuldades agrícolas gerais (SARAIVA, 1997: 118-119).

O aumento da intensidade da mortalidade em terras a Leste do Guadiana foi predominantemente coincidente com o início da alta de preços do trigo em Moura, Mourão e Olivença, na última década do século XVII, na sequência da seca de 1693-1694. Em Contenda, foram anos de mortandade "forte" 1686-1687 e 1694 e mortandade "média" 1697. A população da Matriz de Olivença sofreu a crise de mortalidade de "maior" intensidade, na área coberta por estas paróquias, pois alcançou, em 1695-1696, a magnitude 4. Em Barrancos, foram anos de crises de mortalidade "forte" 1694-1695 e 1697, anos de défices populacionais. Na Granja, foi também de "forte" intensidade a mortalidade "anormal" do triénio 1696-1698. Safara, em 1698, sofreu outrossim uma crise de mortalidade de magnitude "forte", num ano de saldo fisiológico negativo (COSME, 1994 a: 576-582; 940-943 e 1191-1192).

No Algarve, na última década do século XVII, a partir de 1692, assistiu-se, a uma sucessão de anos maus, de baixa produção de trigo e centeio e correspondente carestia, com reflexo no desaceleramento e no défice populacional. Moncarapacho registava, em 1697, uma taxa de mortalidade de 40.1%, quase igual à da natalidade (MAGALHÃES, 1988: 70, 181, 398-399 e 403).

As crises de subsistência localizadas protagonizaram ou acompanharam as epidemias seiscentistas mais graves e provocaram

sobremortalidades²⁷ menos intensas do que as do século anterior.

Num balanço relativizado e provisório, se apanharmos num todo, com alguma leveza de critério é certo, as paróquias do Norte do País até agora estudadas²⁸, verificámos que, na 1ª metade do século XVII, das 376 freguesias-ano consideradas, cerca de 98.67% registaram mortalidade normal e apenas 1.33% um nível de crise, enquanto na 2ª metade, das 685 freguesias-ano foram sem crise 95.77% e de crise 4.23%; ou seja, constatou-se um ligeiro agravamento da 1ª para a 2ª metade da centúria.

Em Lisboa (RODRIGUES, 1990: 88), Oeiras, Cascais e Sintra (RUNKEL, 1990: 77) e Alenquer (FERREIRA, 1989: 143), afirmou-se também um agravamento dos níveis de mortalidade na 2ª metade do século: os níveis de crise passaram, na capital, de 20.55% para 22.22%, em Oeiras, Cascais e Sintra, de 7.2% para 7.22%, e em Alenquer, de 18.31% para 19.14%.

Ao maior número de crises do segundo período, correspondeu menor intensidade, menor virulência e generalização das crises de tipo larvar.

A partir do século XVII, as situações de peste deixaram de ser contínuas, passando o tifo, frequentemente associado às carências alimentares e às guerras, a provocar situações de desequilíbrio na vida das populações.

Crises do século XVIII²⁹

Embora se torne difícil distinguir, com clareza, a natureza duma crise de mortalidade, à semelhança do que fizemos na síntese anterior, resumimos as situações de crise de mortalidade mais comuns no século XVIII e para as quais foi possível encontrar indícios de possíveis causas eficientes - as crises frumentárias, as campanhas bélicas e o alastramento de algumas epidemias; um cataclismo natural como o terramoto de 1755; a incidência do paludismo e da varíola - e tentámos arrumar essas informações numa mini-grelha cronológica e geo-demográfica (de Norte para Sul, do Litoral para o Interior, do Continente para as Regiões Insulares).

1. Na primeira metade de Setecentos conjugaram-se crises agrárias e situações de guerra e conseqüente desenvolvimento de alguns surtos de doenças infecciosas.

Devido ao agravamento das condições climáticas, os princípios do século XVIII foram difíceis para a Europa, motivando um pouco por todo o lado maus anos de produção agrícola. À carestia dos cereais, também sentida

no nosso País, aliou-se a intervenção na Guerra da Sucessão de Espanha, numa relação funcional com uma sucessão de febres e epidemias e alguns tumultos populares.

No Minho, na transição do século XVII para o século XVIII, verificou-se, em Cervães, Vila Verde, uma elevação do volume de óbitos da população "adulta" que atingiu o seu auge em 1707, momento em que se assinalou uma crise média da mortalidade. Esta sobremortalidade aparece exarada numa conjuntura desfavorável de âmbito supra-local: às vicissitudes da guerra, acresceram as quebras de produção agrícola entre 1683 e 1713 (BARBOSA, 1997: 103).

No concelho de Braga, no ano de 1705, a mortalidade na cidade foi mais gravosa nos meses de Inverno, possivelmente causada por doenças respiratórias, enquanto nas aldeias do termo as dificuldades alimentares empurraram os máximos para os meses de Inverno e Primavera. Em 1709, as informações de fontes coevas referem a continuação de carestias, mas a mortalidade de crise aponta para uma crise epidémica de fraca disseminação geográfica. Em 1712, todas as freguesias da cidade foram tocadas pela sobremortalidade, enquanto em 1713 só foram atingidas as freguesias rurais. Os valores mínimos registados nos meses de Abril e Junho, entre 1711 e 1713, levam a intuir que a mortalidade "anormal" deste triénio não estaria relacionada com uma crise de subsistência. Apenas as freguesias do termo viram a mortalidade exacerbar-se em 1722, com incidência no mês de Setembro, a denotar um foco epidémico limitado (DAVID, 1992: 182-186).

Na área de Guimarães, a 1ª e parte das 2ª e 3ª décadas de Setecentos foram de grande sobressalto. O ano de 1700 foi já de crise grave na urbe e na zona mista, atingindo aqui um dos índices mais elevados. Em 1703, reacendeu-se, com menor intensidade, na cidade, e propagou-se à zona rural. Ocasão de sobremortalidade sincrónica e também das mais elevadas em toda a área aconteceu em 1705, motivada por uma epidemia, já manifesta em Maio, com um pico altíssimo em Agosto e ainda apreciável em Novembro. Foi sobretudo uma epidemia de Verão. Na zona mista, a crise de mortalidade prolongou-se gravosamente até 1713, com uma ponta mais acentuada em 1710; entre 1707 e 1709, avivou-se na zona urbana; em 1708 e 1711, estava activa na zona rural. Crises individualizadas detectaram-se, na zona mista, em 1721, na zona rural, em 1727 e, na zona urbana, em 1718 e 1726, este último ano também crítico no Hospital da Mi-

sericórdia da cidade. Estas crises de mortalidade, inseridas no quadro de baixa produção agrícola de 1693/94 a 1713 e de 1719 a 1721, com algum reflexo na zona mista, parecem ter sido devidas, pelo menos até 1710, mais à difusão de epidemias de alguma gravidade (AMORIM, 1987: 296-304, 327-329).

As crianças e os adultos de Barcelinhos, em 1701, foram simultaneamente atingidos pela mais grave crise de mortalidade registada na paróquia e que, dada a concentração obituária no início do Outono, parece ter tido origem epidémica. As crianças foram ainda visadas por pequenas crises em 1718 e 1727 (FARIA, 1998: 141-144).

Em Alvito (S. Pedro) e anexa (Ginzo), no concelho de Barcelos, ocorreram "ligeiras" crises de mortalidade entre os maiores de sete anos de idade, as quais contribuíram, de algum modo, para que, nesse período, a curva dos óbitos ultrapassasse a dos nascimentos, por se verificarem em anos sucessivos, 1704-1705, mais gravosamente. Na origem destas crises parecem ter estado factores epidémicos, possivelmente bronco-pulmonares, associados a quebras de produção agrícola, em concordância com os dados revelados noutras áreas do País (MIRANDA, 1993: 203-206 e 233).

Na Beira Litoral, nos inícios do século XVIII, Aveiro sofreu, provavelmente, crises semelhantes às verificadas noutras localidades já estudadas. Os registos das dizimarias revelaram queda de produção, que os assentos da Misericórdia local reflectiram na subida de preços, contexto em que se produziu um abatimento demográfico. Os anos de 1706 e 1715 foram de crise de mortalidade "menor", mas de saldo fisiológico negativo, representando os óbitos das crianças cerca de 60% dos óbitos totais. Um excesso de óbitos sobre os baptismos verificou-se também nas crises de 1720 e 1723-1724. À crise "média" de 1720, penalizante sobretudo para os menores de idade, 54% dos óbitos totais, seguiu-se o biénio marcado principalmente pela mortalidade dos adultos e em que a intensidade da crise, depois de atingir o grau "forte", declinou para o grau "médio". Parece que um surto epidémico poderá estar na origem da sobremortalidade verificada (AMORIM, 1997: 105-127).

Na Estremadura, em Lisboa, as crises de mortalidade no século XVIII foram logo sentidas em 1703, 1704 e 1705. A presença de soldados agravou ainda mais as condições de vida desta população, os preços aumentaram, as doenças espalharam-se por toda a cidade (BARATA, 1988: 85-90).

Entre 1709 e 1712 registaram-se, também em Lisboa, crises devidas essencialmente a carências alimentares. No Outono de 1717 surgiu nesta cidade uma forte epidemia de origem desconhecida, possivelmente de tifo exantemático que, simultaneamente com o agravamento das condições sanitárias em algumas zonas da cidade, poderá ter desencadeado a crise de mortalidade sentida nesse ano. Desde 1722 a 1725 e em 1729, a sobremortalidade voltou a marcar esta população. Em 1723, a crise foi provocada por uma epidemia de febre amarela (BARATA, 1988: 85-101).

Nos concelhos de Oeiras, Cascais e Sintra, entre 1701 e 1704, não se registaram crises de mortalidade geral mas apenas uma crise de nível 3, sentida no concelho de Cascais em 1702, possivelmente originada por uma epidemia de tifo. Em 1705 e 1709, foram novamente sentidas crises nestes concelhos, às quais se seguiu um período com índices de mortalidade muito reduzidos. Surge então o período entre 1718 e 1727, em que as crises de mortalidade foram mais frequentes. No concelho de Oeiras foram sentidas crises de nível 2, 3 e 1, respectivamente em 1721, 1723 e 1726. A incidência de febre amarela que atingiu toda a Europa, poderá ter originado a subida dos níveis de mortalidade desta população. No concelho de Sintra, as crises de mortalidade centraram-se nos anos de 1719, 1722 e 1725. A crise de 1719 poderá ter estado associada a problemas pulmonares ou reumáticos. Em 1722, os meses quentes de Verão terão certamente contribuído para a elevação da mortalidade da população mais jovem. No concelho de Cascais, as crises de mortalidade sentidas em 1722 e 1724 foram provavelmente desencadeadas por doenças, como gastrites, desenterias e infecções intestinais (RUNKEL, 1990: 153-165).

No Algarve, na primeira década do século XVIII, houve alguns anos maus (mais entrevistados pelos registos paroquiais de baptismo e casamentos do que pelos registos de finados), baixas de produção cerealífica, abrandamento do crescimento populacional e alguns saldos fisiológicos negativos em algumas localidades. Esta situação agravou-se entre 1707 e 1709, "*pois à guerra juntou-se a fome que por pouco não deu em alguma epidemia*", exemplificada, em 1709, pela super-elevada taxa de mortalidade de 42.6% de Moncarapacho e pelo ligeiro défice em vidas humanas de Loulé (MAGALHÃES, 1988: 27, 70-71 e 181).

Em Trás-os-Montes, em Calvão, no Alto-Tâmega, entre os maiores de sete anos ocor-

reram "acidentes de mortalidade", em 1705 e 1714, respectivamente, crise "forte e crise "média". Em 1705, a crise apareceu inserida no contexto geral de guerra e consequente difusão de doenças responsáveis pela mortalidade outono-invernal. Já a sobremortalidade de 1714, centrada nos meses de Primavera, sugere uma relação com dificuldades alimentares. (FAUSTINO, 1997: 255-265).

Tomadas em conjunto as três paróquias transmontanas (Rebordãos, Poiães e Cardanha), verificou-se que foram vividas pelas suas populações tempos agitados, a cobrir a primeira década de Setecentos e, com especial acuidade, em 1705³⁰ (AMORIM, 1987: 300, 307 e 311). Os índices obituários da paróquia de Rebordãos, em 1700 e 1711, apresentaram desvios superiores a 100% das respectivas médias decenais e que se presume estivessem relacionados com o alastramento de epidemias (AMORIM, 1973: 80).

No Concelho de Moncorvo, terá havido sobremortalidade nos anos de 1705, 1708-1709, 1711-1712, inserida no período de guerra a que se juntou a escassez de alimentos (TAVARES, 1997: 143-145).

Na primeiras décadas do século XVIII, a freguesia de S. Bartolomeu de Vila Flor foi tocada por algumas crises de mortalidade de "pequena" e "média" intensidade. Às crises "menores" do biénio 1705-1706, seguiram-se crises anuais, de igual intensidade, em 1711 e 1727. Já as sobremortalidades dos anos de 1717 e 1729 sofreram um ligeiro agravamento que não ultrapassou a magnitude 2. Estas mortalidades "extraordinárias" enquadraram-se em conjunturas de crise económica que, durante as duas primeiras décadas do século, trouxeram à Península Ibérica escassez de alimentos, carestia de vida e consequentes enfermidades (TAVARES, 1998: 153-166).

Na Beira Interior, na Cova da Beira, concelho do Fundão, a mortalidade elevou-se significativamente nas zonas atingidas pela guerra. Em 1704 foi aqui sentida uma das maiores crises gerais registadas no século XVIII, ao atingir 89% das freguesias com informação. Certamente este concelho não escapou à situação que nesse ano se vivia no país, caracterizada por um Inverno rigoroso e por uma crise agrícola agravada com os encargos de manutenção das tropas (DIOGO, 1992: 55-63).

Em Idanha-a-Nova, a primeira crise de mortalidade do século XVIII ocorreu em 1702, mas as crises mais gravosas foram as de 1704-1705 ao provocarem uma das mais graves crises do século XVIII, em termos de freguesias atingidas. Este concelho fora palco das ope-

rações militares, situação que conduziu ao desenvolvimento de epidemias como o tifo exantemático, a que se juntou uma crise agrícola (MOREIRA, 1992:105). Em 1710, 1717, 1723, 1728 e 1729 ocorreram, aqui, novas crises de mortalidade num quadro relacionado com problemas de subsistência e epidemia, como as desintérias, provocado pela prolongada seca que se seguiu ao Inverno de 1709 (MOREIRA, 1992: 123-162).

Na região de Castelo Branco, a crise sentida nestes anos foi provocada pela devastação dos campos e gados que levou à desorganização da economia, criando assim condições favoráveis ao desenvolvimento de epidemias que os exércitos transportavam consigo. Nesta região, a primeira crise de mortalidade tinha-se registado logo no início do século, em 1700, apontando a sua sazonalidade para uma mortalidade estivo-outonal (PINTO, 1993: 283-290).

No Alentejo, em 1704-1705, Cuba foi também atingida por uma grave crise demográfica de magnitude 4, com saldo fisiológico negativo. Além da subida dos preços do trigo desde 1702, o Alentejo foi também palco da Guerra da Sucessão. Em 1704, dois regimentos ingleses entraram em Cuba fazendo estragos consideráveis aos quais se juntou uma epidemia muito contagiosa. Esta epidemia, que poderá ter sido de tifo, prolongou-se até 1705 (SANTOS, 1994: 136-140).

Em 1708, a mortalidade aumentou de novo em Cuba, atingindo em valores absolutos o segundo valor mais elevado de óbitos do período que decorreu entre 1586 e 1799. Entre 1707 e 1714 os óbitos excederam os nascimentos, sendo esta a única década que apresentou um crescimento negativo. Tratou-se de uma crise de magnitude 5, ou seja, de intensidade máxima que se prolongou por vários anos consecutivos. Foi a crise mais longa registada em Cuba durante o século XVIII e atingiu sobretudo mulheres casadas e menores.

A nível conjuntural, o Alentejo foi neste período marcado simultaneamente pelo mau tempo, más colheitas, aumento de preços dos cereais e fome, simultaneamente com a guerra, permanência dos exércitos espanhóis na região e a necessidade acrescida de alimentos. A acção conjunta de todos estes factores fez com que esta tivesse sido uma crise mista, embora tendo como factor principal uma crise frumentária. O aumento dos níveis da mortalidade deveram-se à subida dos preços e à subalimentação prolongada que favoreceu a virulência das epidemias (SANTOS, 1994:141-151).

Cuba registou também em 1717 uma elevação da mortalidade possivelmente originada por febres ou desintéria. Em 1724, graves doenças afectaram com maior intensidade a população adulta, provocando um novo aumento da mortalidade, sobretudo feminina. O facto dos meses de Inverno terem concentrado os maiores níveis de mortalidade, fez supor que se poderia ter tratado de doenças bronco-pulmonares (SANTOS, 1994: 151-156).

Em terras da margem esquerda do Guadiana, foram detectadas crises de mortalidade bastante gravosas entre 1700 e 1715. Em S. João Baptista (Moura), registou-se uma super-crise (magnitude 5) em 1704-1705 e crises médias (magnitude 2) em 1712 e 1714, com efeitos nos saldos negativos verificados em 1704-1705, 1707-1708 e 1712. Em St^o. Aleixo (Moura), apurou-se uma crise maior (magnitude 4) em 1703-1704 e crises fortes (magnitude 3) em 1713 e 1715, com reflexo, por certo, nos défices fisiológicos de 1703-1709, 1712-1713 e 1715. O número reduzido de casamentos de 1704 a 1708, bem como o aumento da mortalidade já em 1703, vieram na sequência da instabilidade provocada pelos ataques das tropas espanholas. Em Mourão, ocorreram crises fortes em 1704-1705 e 1707-1708, com mortalidade de bebés a atingir, neste último biénio, o pico indiciário mais elevado do decénio 1706-1717 e, em que, particularmente, o ano de 1708 foi deficitário em vidas humanas. Em St^a. Maria do Castelo (Matriz de Olivença), verificou-se uma crise maior em 1704-1705. Em St^a. Maria Madalena (Olivença), assinalou-se também uma crise maior no quadriénio 1703-1706 e uma crise forte em 1715.

Refira-se que, tanto em Moura como em Mourão, estas sobremortalidades parecem associadas à subida do preço do trigo na última década do século XVII, carestia que se prolongou até 1711-1712, na sequência das pragas de gafanhotos (1710) e das abundantes chuvas que se fizeram sentir um pouco por todo o Alentejo (1711-1712). (COSME, 1994 a: 576-584, 940-943 e 1191-1192).

No concelho de Noudar-Barrancos, foram detectadas crises de mortalidade, predominantemente de magnitude "média", em 1718-1719, 1721, 1723, 1726-1727 e 1729, a atingir ora uma ora outra destas localidades. Em Barrancos, a distribuição mensal dos óbitos de 1718 revelou uma elevação "anormal" em Janeiro, Março e Junho, possivelmente associada às sequelas da seca do ano anterior, verificada na Estremadura Espanhola, entre 1713 e 1716, e aos efeitos da Guerra da Sucessão. Em 1727, uma crise de mortalidade de grau "forte" to-

cou novamente Barrancos: a concentração dos óbitos em Novembro e Dezembro parece revelar alguma semelhança com a sobremortalidade albicastrense detectada no mesmo período (COSME, 1997: 156-163).

Nos Açores, nas três paróquias do Sul do Pico - S. João, S. Mateus e S. Caetano - o ano de 1719, ano que se seguiu à primeira das duas crises vulcânicas, foi o mais mortífero para a população maior de sete anos de idade, embora o número de óbitos não tivesse atingido o triplo da média do período de referência (AMORIM, 1992: 215).

Em Romarigães, no Alto Minho, ocorreu uma crise de mortalidade de pequena amplitude, em 1730, que se repercutiu simultaneamente no movimento de contracção dos baptismos e que surgiu em período desfavorável de conjuntura depressiva no sector agrícola (SANTOS, 1998: 124-127 e 226).

Nas zonas rural e urbana de Guimarães, foram sentidas mortalidades excessivas, nas décadas de 30 e 40.

Na zona rural, em 1731, o índice obituário tocou o ponto mais alto da primeira metade da centúria, e mostrou novas elevações em 1740 e 1742. Na zona urbana, entre 1738 e 1739, houve sobremortalidade que se prolongou por 1741 e 1742, atingindo neste último ano a posição mais eminente. À mortalidade verificada na cidade e arrabaldes, acresceu a do Hospital da Misericórdia que apresentou índices fora da média em 1738, 1740-1741 e 1748-1749. Não sendo notadas epidemias generalizadas, a "fome" de 1731 poderia ser responsável pela alta mortalidade verificada na zona rural, e as quebras de produção no Entre Douro e Minho, em 1737-1738 e 1746-1748, propiciariam, em geral, condições desfavoráveis à sobrevivência das populações (AMORIM, 1987: 302-307).

Num triénio de quebra de produção agrícola, 1731-1733, Braga acusou, em 1731, uma sobremortalidade embora de fraca intensidade, a incidir sobre os meses de Janeiro e Fevereiro. Fontes da época informaram ter grassado então uma grande epidemia, em parte devida a um Inverno demasiado seco, condições propícias a epidemias do foro respiratório ou pulmonar ou até de tifo³¹ (DAVID, 1992: 187-188).

Para a cidade de Braga e seu termo não foram anos muito difíceis os do duplo decénio que se seguiu logo a 1732. Houve registos de sobremortalidade "menor" em 1734-1735, 1738-1740, 1744 e 1746, sem uma relação imediata às crises agrárias que acaso tivessem surgido. A dilatada seca de 1735 fez alguns estragos na vitalidade da população, sendo então pos-

sível detectar um acréscimo obituário nos meses de Setembro e Outubro, principalmente nas freguesias do termo, a não excluir a hipótese do efeito de doenças principalmente gastro-intestinais (DAVID, 1992: 189-191).

Em Barcelinhos, distinguiu-se uma sobremortalidade dos bebés, em 1740 e uma pequena crise de menores de sete anos em 1747. Nesta década de 40, observou-se também um nível mais elevado de mortalidade da população "adulta" (FARIA, 1998: 141-144)

Em Alvito (S. Pedro) e anexa (Ginzo), no concelho de Barcelos, ocorreram "ligeiras" crises de mortalidade entre os maiores de sete anos de idade, em anos próximos, 1737 e 1740. Na origem destas crises parecem ter estado factores epidémicos, associados a quebras de produção agrícola (MIRANDA, 1993: 203-206 e 233).

Em Aveiro, uma crise "menor" de tipo epidémico foi detectada em 1734 e que incidiu predominantemente sobre os menores de idade, 68% dos óbitos totais, 103 óbitos sobre 100 nascidos. Nos anos 40, a mortalidade agravou-se sobretudo para os adultos. Uma crise "forte" em 1742 atingiu particularmente os maiores de sete anos. Na base desta sobremortalidade, esteve a crise frumentária então sentida pela população e a possibilidade de um surto de "peste" a partir do porto, difundida por barcos provenientes do Mediterrâneo. Para o fim da década, registou-se uma crise "média" em 1747 e, nos dois anos seguintes, crises "menores"; neste triénio, verificou-se um maior peso da mortalidade adulta, se bem que em 1747, em termos percentuais, os óbitos infante-juvenis representassem 55% do total das defunções (AMORIM, 1997: 105-128).

Em 1730 e 1731 algumas freguesias de Lisboa foram novamente afectadas por doenças não identificadas. Em 1731 volta-se a registar uma súbita elevação dos níveis de mortalidade que poderá estar associada às grandes chuvas e inundações que devido aos grandes calores de Verão davam origem a febres, paludismo e malária. Em 1735, 1737 e 1738 sentem-se de novo as crises de mortalidade (BARATA, 1988: 85-101).

Ainda em Lisboa, outras crises de mortalidade surgiram em 1740-1741, 1746 e 1748. A crise de 1740-1741 poderá ter estado associada a um Inverno rigoroso e a dois anos desfavoráveis para a cultura de cereais (BARATA, 1988: 102).

No concelho de Oeiras, foram os anos decorridos entre 1734 e 1742 os atingidos por um maior número de crises: 1738 em Barcarena;

1736 e 1741 em Carnaxide, devido respectivamente a doenças intestinais típicas do final de Verão e a uma epidemia de garrotinho. No concelho de Sintra foram sentidas crises de nível 3, em 1735 e 1741. O concelho de Cascais, durante este período, não apresentou valores de grande mortalidade (RUNKEL, 1990: 165-168).

No Algarve, verdadeira crise foi a dos anos 30 do século XVIII. Crise de subsistência em 1734, uma emblemática crise do complexo luso-hispano-marroquino, em que o calor e a seca conduziram à falta de cereais e à "fome que se fez doença". Faro foi atingida por "febres malignas e contagiosas" em 1735, com mortalidade mais excessiva entre Maio e Julho. Nove freguesias algarvias apresentaram, entre 1730 e 1739, saldos fisiológicos negativos, cinco dos quais foram máximos em 1735 (MAGALHÃES, 1988: 71-73, 175, 181-182).

A sobremortalidade trienal de 1729-1731 foi sentida no concelho de Moncorvo particularmente nos meses de Inverno, evidenciando uma crise epidémica do foro respiratório e pulmonar, com possível ligação a carências alimentares, sobretudo na passagem de 1730 para 1731. Ao contexto geral de crise cerealífica acresceram as crises da vinicultura e da indústria dos linhos, iniciadas em 1731 e 1732, respectivamente, e que afectaram muitas freguesias deste concelho. Em 1739, foi detectada uma crise geral de mortalidade, com um número mais elevado de sepulturas em Janeiro e entre Agosto e Outubro (TAVARES, 1997: 146-148).

Ainda em Torre de Moncorvo e seu termo foram assinaladas crises gerais de reduzida amplitude, com carácter sazonal invernal, em 1741, 1743-1744 (TAVARES, 1997: 149-156; 1997 a: 342).

A freguesia de S. Bartolomeu de Vila Flor foi atingida por algumas crises de mortalidade de "pequena" intensidade em 1735, 1742, 1747 e 1749. Estas mortalidades "extraordinárias" enquadraram-se em conjunturas de crise económica (TAVARES, 1998: 153-166).

Em Rebordãos, a crise de 1740 poderia estar relacionada com o alastramento de epidemias (AMORIM, 1973: 80).

Tomadas em conjunto as três paróquias transmontanas (Rebordãos, Poiães e Cardanha), verificou-se que depois de um período de estabilidade se reiniciou um "período difícil com pontos altos em 1736, 1740 e 1747" (AMORIM, 1987: 300, 307 e 311).

No concelho de Idanha-a-Nova, em 1731, 1734, 1735 e 1736, ocorreram crises de mortalidade. A crise de 1735 foi a de maior exten-

são geográfica ao atingir 60% das freguesias analisadas. Nos anos 30, a sobremortalidade inseriu-se numa conjuntura caracterizada por problemas de subsistência, extensíveis a outras zonas do país. A falta de água, associada a Primaveras e Verões quentes, reflectiu-se negativamente nas colheitas, sobretudo a partir de 1734, criando-se assim condições propícias ao desenvolvimento de surtos epidémicos, como as febres tifóides, desintéria e paludismo (MOREIRA, 1992: 123-162).

Neste concelho, foram ainda sentidas crises de mortalidade em 1747 e 1748, parecendo estar-se na presença de crises também provocadas por desintéria ou febres tifóides, ou pelas sezões que se registavam periodicamente devido à insalubridade da zona (MOREIRA, 1992: 164-165).

Na região de Castelo Branco foi em 1734-1736 e 1738-1739 que a mortalidade registou uma virulência alargada, possivelmente também devido às condições climatéricas e agrícolas adversas comprovadas em áreas próximas (PINTO, 1993: 311-318). Em 1742-1743 verificou-se a existência de uma crise de intensidade acentuada, sobretudo em 1742, ao atingir 62% das freguesias. A sazonalidade observada no Outono e Inverno desse ano apontou para uma epidemia provocada sobretudo pelo frio (PINTO, 1993: 318-320).

No Alentejo, a população de Cuba viveu uma situação difícil na década de 30: as crises de 1731, 1735 e 1738 foram crises mistas (às dificuldades frumentárias juntou-se a enfermidade), de intensidade média, embora o ano de 1735 tivesse registado um saldo fisiológico negativo (SANTOS, 1994: 151-156). Em 1741 o número de mortes voltou a aumentar talvez devido a doença estival ou à varíola que nesta altura assolava a região espanhola de Talavera. Em 1743, o saldo fisiológico foi de novo deficitário e em 1744 a mortalidade ainda se mantinha bastante elevada. Mas, foi o ano de 1748 que apresentou a maior gravidade porque, além do saldo fisiológico negativo, o número de mortos aproximou-se do dobro da média registada na primeira metade do século XVIII. A relação existente entre o aumento do preço do trigo e o aumento dos óbitos em Cuba aponta para uma possível crise frumentária, entre 1748 e 1749 (SANTOS, 1994: 156-159).

Em 1731 e 1733-34, em Noudar-Barrancos foram detectadas crises de mortalidade, das quais a primeira, crise de mortalidade de grau "forte" tocou Barrancos: a elevação máxima dos óbitos deu-se em Janeiro e, secundariamente, em Maio e Julho, talvez por se verificar num ano de escassez de água, Primavera e

Verões quentes, fazendo pressupor a manifestação de surtos de gripe, como aconteceu na Estremadura Espanhola, em 1730 e 1731. Num biénio de seca, como o de 1733-1734, as crises de mortalidade mantiveram-se nos níveis "médios", possivelmente associados às fracas colheitas e conseqüente subalimentação das populações, situação verificada nas áreas próximas estudadas, como Idanha-a-Nova, Castelo Branco, Cuba e Cáceres. A sazonalidade obituária de 1733 mostrou, para Barrancos, um pico máximo em Abril e um pico secundário em Fevereiro, situação que parece confirmar a natureza da crise. Neste ano, a sobremortalidade foi comum a Barrancos e Noudar (COSME, 1997: 156-163).

No fim dos anos 30 e pelos anos 40 adentro, Noudar sofreu uma mortalidade "excessiva" sem qualquer correspondência em Barrancos. Em 1738 e 1740, alcançou a magnitude "forte", para em 1741 e 1749 declinar para o patamar "médio". Se a falta de chuva, evidenciada em Cuba, Faro do Alentejo e Cáceres, poderá ser uma das causas do aumento da mortalidade de Noudar em 1738, já em 1740-1741, o crescendo dos óbitos infantis, especialmente no segundo semestre, parece apontar para o eclodir de epidemias infantis, como sucedeu em Novalcarnero, em 1742 (COSME, 1997: 156-163).

No Sul do Pico, nos Açores, em 1746, um dos raros anos de saldo fisiológico negativo, o conjunto da população suportou uma mortalidade "extraordinária", mais exorbitante entre os menores de sete anos de idade, conquanto o número de crianças mortas pouco ultrapassasse o dobro da média do período de referência. Esta crise de mortalidade infanto-juvenil³² teve efeitos demográficos negativos, comprovados, na década de 1760, pela redução do volume de casamentos (AMORIM, 1992: 213-215 e 255).

2. Na segunda metade de Setecentos foram relevantes os efeitos do terramoto de 1755 e a difusão de afecções epidémicas, sobretudo do paludismo e da varíola, no contexto geral das subsistências.

De 1753 para 1754, tanto na cidade de Braga como no seu termo, o número de freguesias atingidas pela mortalidade "extraordinária" foi progressivamente aumentando, numa proporção quase duplicante (de 32.7 para 61.8%), conquanto não tenha sido notada uma oleada geográfica contínua. Embora se tivessem observado quebras na produção agrícola no triénio 1752-1755, em que se intercalou a prolongada estiagem de 1753, a magnitude das crises nunca excedeu o grau

"forte". O facto de o mínimo obituário em 1753-1754 se concentrar nos meses de Primavera leva a induzir que a sobremortalidade teria a ver com o recrudescimento de focos epidémicos dos finais do Verão e inícios do Inverno e não apenas com uma conjuntura agrícola adversa. O último trimestre de 1765 acusou também um ligeiro excesso de óbitos no concelho de Braga, ficando-se a intensidade das crises por níveis "menores" (DAVID, 1992: 192-194).

Nas três zonas de Guimarães, como também no Hospital da Misericórdia da cidade, ocorreram sobremortalidades epidémicas coincidentes em 1755, 1763 e 1770.

À volta de 1755, uma "*grave epidemia*" esteve na origem da crise mais penalizante do período, e que na zona rural se veio a estender pelo ano seguinte. Pela distribuição mensal obituária denota-se uma elevação de Agosto de 1755 a Maio de 1756, com um máximo em Janeiro. No Hospital da Misericórdia a mortalidade era já muito grave em Abril de 1755. Assim, tudo leva a supor que 1755 seria um ano crítico de escassez alimentar que teria provocado a difusão de tifo nos meses de Inverno.

Em 1763, toda a área de Guimarães foi "*acometida por uma moléstia que vitimou muita gente*", como parece ser comprovado pela elevação das curvas necrológicas que apresentam um máximo em Abril. Tratou-se de uma epidemia de Primavera.

Os índices excessivamente altos, em 1770, nas zonas urbana e mista e já evidenciados, no ano anterior, na zona rural, confirmam a presença de uma nova epidemia "*malina*", com um máximo principal em Maio e um máximo secundário em Junho (AMORIM, 1987: 307-311, 327-328 e 331-333).

Possivelmente relacionada com a erupção de febres causadas pela existência de águas paradas devido ao progressivo entupimento da Barra, a cidade de Aveiro foi tocada por uma crise de mortalidade de fraca intensidade em 1756 e que atingiu maioritariamente os adultos. Em 1766, sofreu nova crise "menor", mais acentuada em termos percentuais, para os menores de idade, 68% sobre os óbitos totais (AMORIM, 1997: 105-128).

Em Lisboa, nos primeiros anos da segunda metade do século XVIII, as crises sentiram-se em 1751-1752, com uma concentração dos óbitos nos meses mais quentes devido à existência de depósitos de lixo espalhados por diversos pontos da cidade que, com a elevação da temperatura, levava ao aparecimento de epidemias. Em 1754 registou-se uma outra crise que atingiu 52.1% das freguesias e em 1755

ocorreu uma crise de maior intensidade que se prolongou até 1756, para a qual contribuíram os efeitos do terramoto que se traduziram na degradação das condições de vida da população e no simultâneo aparecimento de epidemias (BARATA, 1988: 104-109).

O terramoto sentido em Lisboa em 1755 reflectiu-se sobretudo no concelho de Cascais, onde nesse ano ocorreu a única crise forte registada desde a segunda metade do século XVI até ao final do século XVIII (RUNKEL, 1990: 172-175).

No Algarve, "a morte ganhou pontos" em 1762 e 1769-1770, embora não seja possível confirmar enfermidades particularmente letais. Estas mortandades verificaram-se entre anos maus de produção cerealífica (MAGALHÃES, 1988: 74, 176-177 e 181).

Na região do nordeste transmontano (paróquias de Rebordãos, Poiares e Cardanha), a epidemia de 1755 parece ter provocado uma sobremortalidade (AMORIM, 1987: 300, 307 e 311). Em Rebordãos, o marcado alteamento da curva da mortalidade, em 1755, deveu-se, em parte, ao registo inusitado de crianças (AMORIM, 1973: 80).

Crises de mortalidade mais acentuadas e duradouras abriram e fecharam o 3º quartel, *lato senso*, do século XVIII, em Vila Flor. Entre as crises anuais de 1751 e 1780, de fraca intensidade, intercalaram-se crises bisanuais, em 1754-1755, 1766-1767 e 1770-1771, mais gravosas não só pela duração mas também porque, em alguns momentos, atingiram maior magnitude, "forte", em 1755 e 1771 e "média", em 1767. Como pano de fundo destas crises, estiveram os frequentes anos agrícolas (TAVARES, 1998: 154-167).

Em Torre de Moncorvo e seu termo foram assinaladas crises gerais de reduzida amplitude, com carácter sazonal invernal, em 1750, 1756, 1762, 1766 e 1768. Aos maus anos agrícolas, afectados por condições climatéricas adversas dos meados da década de 50, acresceu a "decadência" do vinho, contexto em que se inseriu a crise geral de 1756. Já a crise de 1762, dada a circunstância das terras de Moncorvo terem sofrido as investidas do exército espanhol, no quadro da Guerra dos Sete Anos, deve estar de algum modo relacionada com os efeitos da campanha e subsequente instabilidade social e económica (TAVARES, 1997: 149-156; 1997 a: 342).

Na Cova da Beira, os anos de 1760 a 1763 foram igualmente anos de crise. Em 1762, Portugal foi invadido por 3 exércitos, tendo um deles passado pelo Fundão e por localidades do Distrito de Castelo Branco, os quais des-

truíram sementeiras e vinhas e ocuparam fazendas com doentes que inevitavelmente contagiaram as populações. Esta situação, juntamente com uma conjuntura agrícola desfavorável e maus anos climáticos, levaram ao aumento do preço do pão e conseqüentemente à elevação dos níveis de mortalidade desta população (DIOGO, 1992: 92-104).

Em Idanha-a-Nova, entre 1750 e 1755, registaram-se três crises gerais em 1750, 1753 e 1755, sendo a de 1750 uma das de maior extensão geográfica do século XVIII, ao atingir 58.8% das freguesias com informação. A sazonalidade estivo-outonal observada em 1750-1753 pareceu revelar o desenvolvimento de desintérias, febres tifóides ou paludismo, aliadas a carências alimentares (MOREIRA, 1992: 167-171).

Ainda no concelho de Idanha-a-Nova, de 1760 a 1763 e em 1766, ocorreram crises de mortalidade, numa conjuntura em que se integraram os reflexos negativos da escassez cerealífica, agravados pelos efeitos da *Guerra Fantástica* de 1762 e pressuposta difusão de epidemias (MOREIRA, 1992: 175-188).

Na região de Castelo Branco, as décadas de 50 e 60 foram marcadas por dois períodos de forte mortalidade entre 1752 e 1755 e entre 1760 e 1763, com o ano de 1753 a concentrar a maior mortalidade deste período. A elevação dos níveis de mortalidade poderá ter sido causada pela ocorrência de epidemias, aliadas a dificuldades a nível alimentar. O período de 1760-1763 foi nesta região o segundo de maior mortalidade do século XVIII. A má conjuntura climatérica e agrária, a guerra com Espanha e França e os surtos epidémicos estiveram na origem desta crise de mortalidade (PINTO, 1993: 323-327).

Um período de grande mortalidade marcou também a povoação de Cuba desde 1752 a 1762. No ano de 1758 os óbitos foram iguais aos nascimentos, apresentando-se superiores em 1752, 1754, 1757, 1759 e 1761. Em 1752 e 1753 as crises foram de intensidade média, sendo a de 1754 de grande intensidade. Estes três anos formaram em conjunto uma crise de magnitude 4. A ocorrência consecutiva de crises anuais de média e forte intensidade desde 1756 até 1761 formaram uma super crise. No fim da Primavera e do Inverno deste último ano, Cuba sentiu uma grande epidemia que atingiu sobretudo crianças³³ (SANTOS, 1994: 160-162 e 168-171).

Também em 1753, Barrancos acusou "forte" sobremortalidade que se propagou a Noudar, no ano seguinte, onde desceu ao nível "médio", situação que voltou a percorrer as mes-

mas localidades, em 1760-1761, seguindo então magnitudes inversas, isto é, "média" em Barrancos, em 1760, e "forte" em Noudar, em 1761. A distribuição dos óbitos barranquenhos de 1753, concentrada em Agosto-Setembro, apresentou uma estacionalidade semelhante à de Idanha-a-Nova e Castelo Branco no mesmo ano³⁴. Em 1758, Barrancos sofreu novamente uma crise de mortalidade "média". No biénio 1760-1761, a mortalidade infantil voltou a ser responsável pela subida dos óbitos, induzindo-se um factor causal de ordem epidémica. Em Cuba, como em Idanha-a-Nova, verificaram-se, na mesma altura, epidemias que atingiram sobretudo as crianças (COSME, 1997: 156-163).

Para a população de Braga, foram anos difíceis 1769 e 1770. Foram anos de más condições meteorológicas, de frios e enxurradas, de colheitas deficientes que conduziram a uma perigosa subalimentação (há referências ao uso de linhaça para fazer pão e à invasão desnor-teada de pobres), situação que se agravou de um ano para o outro, principalmente nas freguesias citadinas. Às grandes dificuldades alimentares aliou-se uma epidemia de tifo exantemático que se desenvolveu desde o último trimestre de 1769 até atingir o seu paroxismo no mês de Abril de 1770. A intensidade global da mortalidade nos anos 1769-1770 foi a de uma crise "forte" a atingir cerca de 50% das freguesias com informação. O comportamento sazonal desta sobremortalidade diferenciou o meio urbano do meio rural: enquanto, neste, a mortalidade se acentuou nos finais do Verão, naquele, devido ao alastramento da doença a todas as freguesias citadinas e consequente aumento da intensidade, houve uma mutação da maximização de um ano para o outro, isto é, do pico nos finais do Verão de 1769, para o zénite em Abril do ano seguinte. Em 1775, a sobremortalidade irrompeu nos meses de Maio a Julho entre as freguesias do termo de Braga, atingindo nalgumas uma amplitude "forte", e isentou as freguesias da cidade. Este pequeno ímpeto da morte poderá ter sido mais uma manifestação de uma qualquer endemia (DAVID, 1992: 195-202).

Para Aveiro, foram difíceis os anos 70 e 80. A falta de cereais e a subida dos preços serviram de enquadramento à mortalidade "excepcional", resultante das fomes e das possíveis doenças a ela associadas. Detectou-se, entre várias crises "menores", por vezes em anos sucessivos, 1772, 1776-1777, 1779-1781, uma crise "média" em 1780. Continuou a verificar-se, sobretudo em anos de crise, um excedente dos óbitos sobre os nascimentos. A morte

ceifou principalmente as crianças, mais de 50% dos óbitos totais em 1772, 1777 e 1781 (AMORIM, 1997: 105-129).

Em Lisboa, as crises de mortalidade foram sentidas em 1770-1773, 1775 e 1779. O aparecimento de doenças perigosas e epidémicas foi responsável pela elevação do número de óbitos em 1779, ano em que Portugal e toda a Europa sentiu uma das Primaveras mais quentes, tendo a seca atingido todo o país e sobretudo as regiões do sul (BARATA, 1988: 110-115).

Em Sintra e Oeiras, a varíola foi apontada como responsável pelo elevado número de óbitos registados na década de 70. Em 1773, observaram-se situações de crise em 82% das freguesias dos concelhos de Oeiras, Cascais e Sintra (RUNKEL, 1990: 180-185).

Crises gerais já de significado restrito atingiram o concelho de Moncorvo nos anos de 1774 e 1776-1778, incidindo a primeira no mês de Dezembro e as do triénio nos últimos meses. Estas crises parecem ter algum paralelo com as crises espanholas fronteiriças referenciadas por PÉREZ MOREDA (1980: 339), pelo que não será de excluir algum peso geográfico (TAVARES, 1997: 157-159).

No concelho de Idanha-a-Nova, na década de 70 ocorreram também crises de maior ou menor intensidade, consoante as freguesias, atingindo sobretudo um elevado número de menores. Os anos mais mortíferos foram 1774 e 1776, ano que pareceu ter sido marcado por uma crise de subsistência. Em 1777 e 1778, mais de 50% das freguesias registaram níveis de sobremortalidade bastante elevados. A sazonalidade esteve-outonal observada nestes anos nos menores, pareceu indicar desenteria ou gastroenterites. Os elevados índices de mortalidade adulta registados entre o Outono e a Primavera, apontaram para epidemia de tifo ou febres outonais com complicações pulmonares (MOREIRA, 1992: 188-193).

Em 1777 e 1778 surgiram na região de Castelo Branco crises de mortalidade inseridas num período em que se registaram temperaturas elevadas entre 1773 e 1783 que levaram à subida dos níveis de mortalidade por toda a Europa (PINTO, 1993: 335-338).

Em Cuba foi sentida uma crise de mortalidade de pequena intensidade em 1771, à qual se seguiram as de 1772, 1775-1776 e 1778, todas de intensidade média. A conjuntura económica foi apontada para este período como responsável pelos comportamentos demográficos, embora com uma forte componente epidémica que atingiu maioritariamente os menores³⁵ (SANTOS, 1994: 168-171).

Durante o triénio 1769-1771, deu-se, em Barrancos, um progressivo agravamento da mortalidade, ao avançar sobre uma bisada crise "média" um terminal "forte". A distribuição obituária incidiu maioritariamente em Novembro e Setembro. Esta mortandade sucedeu num contexto de maus anos agrícolas e subida dos preços do trigo, evidenciado em Ferreira do Alentejo e Cuba. Em 1772, a "vaga" atingiu Noudar, onde provocou uma crise "média". Em 1778, Noudar e Barrancos foram tocadas por sobremortalidades "médias" (COSME, 1997: 156-163).

No Alto Minho, entre a população "adulta" de Romarigães ocorreu uma crise de pequena amplitude em 1787. Esta reflectiu-se no movimento de contracção dos baptismos. Foi também mais uma crise de mortalidade que surgiu em período depressivo na produção agrícola (SANTOS, 1998: 124-127 e 226).

No concelho de Braga, embora 1781-1782 e 1785 tenham sido anos de crises gerais, atingindo mais de 25% das freguesias com informação, foram globalmente crises de amplitude "menor" e "média". As freguesias rurais e citadinas apresentaram uma distribuição mensal obituária dissímil, próxima da mortalidade "normal" na época: enquanto nas freguesias urbanas se destacou um máximo invernal centrado em Fevereiro, nas freguesias rurais incidiu, nos fins do Verão e início do Outono. Em 1785, as posições inverteram-se: a cidade teve uma mortalidade com maior relevo em Setembro, nas freguesias rurais, com maior expressão em Dezembro. Parece, pois, intuir-se que algumas das causas de morte podiam estar relacionadas com doenças gastrointestinais (DAVID, 1992: 203-204).

Em Lisboa, houve crises de mortalidade de 1780 a 1782. A situação agravou-se devido às condições climatéricas e carências alimentares sentidas nesse período (BARATA, 1988: 110-115). Em 1784, desenrolou-se uma crise de mortalidade que se prolongou até 1786 e que terá sido desencadeada por um surto de tifo exantemático, cujo aparecimento foi favorecido pelo aumento do preço do trigo em 1784, o que levou ao agravamento das condições de vida da população e à diminuição da sua capacidade de resistência à doença e à morte. O ano de 1789 foi também marcado por uma mortalidade excessiva (BARATA, 1988: 110-115).

Nos concelhos de Oeiras, Cascais e Sintra foi em 1780 e 1786 que ocorreram súbitas elevações dos níveis de mortalidade, sendo apontados como possíveis factores responsáveis a varíola e o garrotilho em 1780 e o tifo, infecções intestinais ou problemas do aparelho respi-

ratório em 1786. Carnaxide, no concelho de Oeiras, conheceu em 1785 uma crise de nível 3 (RUNKEL, 1990: 180-190).

Moncorvo foi também tocado pela sobremortalidade na década de 80 de Setecentos, anunciando-se dos fins desta década até meados da seguinte o período mais difícil da segunda metade da centúria. A instabilidade climática então verificada e a sequente escassez e carestia de cereais deram a contextura às mortalidades de 1780-1782, 1786 e 1788-1789. A sazonalidade dos óbitos, induz a existência de surtos epidémicos não só gastrointestinais como respiratórios, aliados a deficiências alimentares e à crise do paludismo comprovada na raia espanhola nesta altura (TAVARES, 1997: 160-163).

Em Calvão, a crise de 1788, crise "forte" seguiu o esquema outono-invernal (FAUSTINO, 1997: 255-265).

Em Idanha-a-Nova também foi apontado o paludismo como possível causa das crises de mortalidade registadas entre 1780-1781 e 1786-1788. A sazonalidade observada em 1787 e 1788 foi marcadamente estivo-outonal (MOREIRA, 1992: 194-202).

Em Castelo Branco, a crise de 1785-1788 surge num contexto de subida de preços dos cereais, escassez alimentar e grande difusão epidémica, sobretudo de paludismo (PINTO, 1993: 335-338).

Em Cuba, os preços do trigo que tinham subido em 1779, continuaram a aumentar em 1780, reflectindo-se no número de mortes no início da década de 80. Os anos de 1780 e de 1781 são marcados por crises de intensidade média e por um saldo fisiológico negativo em 1781. A partir de 1785, a mortalidade aumenta ainda mais, o saldo fisiológico volta a ser negativo até 1786 e a mortalidade mantém-se elevada até Janeiro de 1787, voltando a subir entre Setembro e Novembro de 1788. A crise sentida nestes três últimos anos em conjunto equivale a uma crise de grande intensidade, possivelmente provocada pela epidemia de paludismo que em Espanha se tinha difundido na década de 80 (SANTOS, 1994:171-177).

Afora os anos de 1782 e 1784, a nona década de Setecentos foi, para Barrancos, de sobremortalidade contínua, geralmente de "média" intensidade, mas que atingiu as magnitudes 4, em 1785, e 3, em 1787. A distribuição mensal dos óbitos do paroxismo de 1785 foi maioritariamente convergente em Setembro e Dezembro, com alguma similitude às crises de paludismo verificadas em Castelo Branco, Idanha-a-Nova e Cáceres (COSME, 1997: 156-163).

Relativamente à década de 90, Portugal sentiu entre 1792 e 1794 uma escassez cerealífera em parte causada pela seca que, em 1793 e 1794, se sentiu em todo o país, afectou o modo de vida das populações e conduziu ao aparecimento de diversas epidemias (BARATA, 1988: 116-123). As regiões do Sul foram atingidas com maior intensidade, sendo necessário recorrer à importação de trigo para fazer face às carências sentidas pela população do Alentejo. A nível internacional viviam-se igualmente anos difíceis. Os preços encontravam-se numa fase ascendente e o trigo atingia o valor mais alto do século XVIII (SANTOS, 1994: 179-182).

Na área de Guimarães, a zona urbana acusou mortalidade extraordinária em crescendo em 1796 e em 1799. Maior flutuação foi verificada na zona rural com anos de crise em 1781 e, particularmente, em 1784, e outro ainda em 1797. Os índices mais elevados no Hospital da Misericórdia em 1790 e, sobretudo, em 1791, só tiveram correspondência, em 1799, na zona urbana. O quadro conjuntural de quebra agrícola entre 1770 e 1813 poderá ou não ter uma relação aparente com a mortalidade excepcional da zona rural. Por outro lado, o carácter esporádico dos "picos" parece não apontar para uma qualquer epidemia que se tivesse propagado no espaço vimaranense (AMORIM, 1987: 311-312).

Na região bracarense, à alta acentuada das curvas dos preços dos cereais no início da década de 90, acresceram as tempestades e moléstias, que conduziram a grandes mortandades nos anos de 1791-1792, consideradas umas das piores do século. As freguesias do termo começaram por acusar o pino logo em Fevereiro e um máximo secundário em Outubro e Novembro, enquanto nas freguesias urbanas, globalmente, se detectaram máximos em Junho e Agosto e, o de mais forte crescendo, em Novembro. Em 1792, o auge da mortalidade em Abril foi coincidente, tanto para a cidade como para o termo. Parece ter-se tratado de uma grave epidemia de tifo, enquadrada numa crise cerealífica. O último quinquénio do século XVIII conheceu uma crise frumentária e relevante carestia, na sequência de repetidas invernias, mas sem a conjugação dos efeitos virulentos de uma mortalidade epidémica. Algumas freguesias do concelho de Braga acusaram um crescimento da mortalidade em 1795, concentrada nos meses de Agosto e Setembro, levando a supor tratar-se de doenças tipo gastroenterites ou enterocolites. A mortalidade de crise que se podia esperar em 1797 não foi alarmante. Os óbitos distribuíram-se ao longo

do ano sem grandes variações, resultante talvez de uma manifestação variólica ou tifóide pouco violenta. Em 1799, a crise agrícola agudizou-se, o inverno continuou rigoroso e em 1800 foi detectada uma crise geral de limitada gravidade, com uma distribuição mensal ligeiramente aumentada no final do Verão e início do Outono, possivelmente devida a algum surto epidémico. Apesar das condições precárias, não houve uma assinalável mortalidade de crise, antes se verificou um saldo fisiológico acentuadamente positivo. O mesmo parece ter sucedido não só no resto do Minho como também no Alto-Douro, Trás-os-Montes, Beira e cidade do Porto (DAVID, 1992: 202-214).

Dentro do concelho de Braga e descendo à escala paroquial, retivemos Adaúfe, onde se verificou, na segunda metade do século XVIII, uma grande elevação do movimento dos óbitos das pessoas com mais de sete anos, nomeadamente em 1754, 1762, 1770, 1775 e 1797. Foram anos de "crises graves de mortalidade", possivelmente relacionadas com a interferência de epidemias e quebras de produção agrícola, umas e outras comprovadas na região (CARVALHO, 1993: 29-45).

Campanhã, freguesia da periferia da urbe portuense, de 1797 a 1799, registou uma crise de mortalidade de amplitude "média" e que se prolongou por 1800, embora esmorecendo de intensidade. Nos fins do Verão e no Outono desse triénio atingiram-se os valores máximos da mortalidade. Foram crises de subsistência associadas a situações de tempo frio (RODRIGUES, 1996: 102).

Na última década do século XVIII, Aveiro foi tocada por crises de fraca intensidade em 1791 e 1795 e entre 1798 e 1800, atingindo maioritariamente a população adulta, à excepção de 1795 e 1799 em que os óbitos de menores representaram, respectivamente, 66 e 55% dos óbitos totais. O ano de 1799 foi o de maior agravamento da mortalidade, se bem que não excedesse a intensidade "média". Num período de conjuntura agrícola adversa propícia a estados de subnutrição e fome, as más condições ambientais provocadas pelas águas estagnadas nos canais da Ria foram, por certo, determinantes para o eclodir de febres, sezões, "malinas" e catarrais (AMORIM, 1997: 105-129).

A população de Lisboa sofreu também os problemas alimentares e as epidemias que se faziam sentir não apenas a nível nacional mas também a nível europeu e que levaram ao aumento dos óbitos e crises de mortalidade em 1793, 1795 e 1798. O ano mais gravoso foi o

de 1798, marcado pela falta de cereais, alta de preços e epidemias (BARATA, 1988: 116-123).

Nos concelhos de Oeiras, Cascais e Sintra foi no ano de 1795 que se registaram situações de crise em 50% das freguesias (RUNKEL, 1990: 180).

Em Torre de Moncorvo, no período 1791-1795, registou-se a mortalidade "extraordinária" mais acentuada, mais prolongada e, geograficamente, mais alargada do século XVIII. Em 1792, a vila de Moncorvo sofreu uma crise "forte". Os meses de Setembro a Dezembro e Janeiro revelaram, no quinquénio, maior número de óbitos, pelo que será de supor que foram devidos a doenças pulmonares e respiratórias e a epidemias de tifo, que terá permanecido endémico, emolduradas por condições climáticas desfavoráveis e escassez e carestia cerealífica, instabilidade económica e social (TAVARES, 1997: 164-168; 1997 a: 342).

Para Vila Flor, a última década do século XVIII foi particularmente grave no sexénio 1794-1799, em que se interpôs o ano de 1796, sem crise identificada, revelando-se um perfil contínuo de crises "menores", levemente alteado pela crise "média" de 1797. Estas crises parecem estar associadas ao agravamento das condições climáticas, maus anos agrícolas, variações dos preços dos cereais, fomes e epidemias, como o tifo, que actuaram em Vila Flor como em outros locais da Península Ibérica, com alguma concordância cronológica e prováveis causas comuns (TAVARES, 1998: 154-167).

No concelho de Idanha-a-Nova, embora tivessem ocorrido crises locais nos anos que se seguiram à crise de 1786-1788, foi entre 1797 e 1799 que se registaram as maiores crises de mortalidade. A sazonalidade estivo-outonal apontou para qualquer surto epidémico, como febre tifóide, desintéria e paludismo, enquanto a mortalidade de Inverno e Primavera se deveu provavelmente a tifo exantemático (MOREIRA, 1992: 202-208).

Em Cuba, elevou-se o número de óbitos em 1790 e em 1797, com a ocorrência de duas crises de pequena intensidade, e em 1793 e 1794, anos em que as duas crises atingiram uma intensidade média. Estas crises desenrolaram-se nos meses de possíveis carências alimentares e tiveram certamente uma componente endémica (SANTOS, 1994: 177-181).

A Este do Odiana, no triénio 1790-1792, o fluxo anual da sobremortalidade moveu-se de Noudar para Barrancos e deste refluíu a Noudar, mantendo todavia o nível "médio" de intensidade. Estas evoluções geo-cronológicas,

verificadas repetidas vezes nesta zona, parecem ter sido de carácter epidémico (COSME, 1997: 153-163).

Na freguesia de Selmes, no Baixo Alentejo, foram identificadas crises de mortalidade dos indivíduos maiores de sete anos em 1779, 1786 e 1789-1790. Em 1786, a sobremortalidade atingiu também os menores de 7 anos. No ano de 1799 voltou-se a registar uma crise de mortalidade de menores, numa altura em que o Alentejo era marcado pela seca, fome e epidemias (GODINHO, 1999: 94-97).

O Sul do Pico, nos Açores, ao longo da segunda metade de Setecentos, sofreu algumas crises de mortalidade de fraca intensidade, as quais visaram estruturas etárias distintas: a população "adulta" foi afectada em 1767; as crianças³⁶, mais vulneráveis, foram atingidas em 1765, 1778 e 1782 (AMORIM, 1992: 213-215).

Outras informações seriam necessárias para identificar a possível natureza de muitas outras sobremortalidades locais Setecentistas³⁷. Embora possa ter havido determinantes ecodemográficos nalgumas endemias, provavelmente a maior parte das mortandades com alguma aproximação cronológica e pela sua sazonalidade, serão passíveis de se enquadrarem no mesmo contexto³⁸.

Conforme o resumo apresentado para o século XVII, procedemos ao avanço de mais umas tantas aproximações estatísticas comparativas das crises em cada metade de Setecentos.

Agregando as paróquias do Norte do País até agora estudadas³⁹, verificámos que, na 1.^a metade do século XVIII, das 867 freguesias-ano apreciadas, cerca de 94.46% registaram mortalidade normal e apenas 5.54% um nível de crise, ao passo que na 2.^a metade, das 950 freguesias-ano foram sem crise 94.74% e de crise 5.26%; ou seja, verificou-se um muito ligeiro desagravamento da sobremortalidade da 1.^a para a 2.^a metade, pelo que, em termos médios, poderíamos dizer que neste século, para cada 17 anos de mortalidade normal, houve pelo menos 1 de sobremortalidade.

Para determinar o peso e o impacto da mortalidade extraordinária, convém fazer uma aproximação à periodicidade das crises que atingiram maior raio de acção, as chamadas "crises gerais". Ao longo da centúria, nos concelhos de Braga, Moncorvo e Idanha-a-Nova manifestaram-se "crises gerais" de diferente periodicidade. Em termos médios, as "crises gerais" sucederam-se, em Braga, a intervalos de 10.4 anos (DAVID, 1992: 169-170), em

Moncorvo, de 7.4 anos (TAVARES, 1997: 132-134), em Idanha-a-Nova, de 7.0 anos (MOREIRA, 1994: 75-78). Da primeira. para a segunda. metade do século, registaram-se agravamentos nos níveis de sobremortalidade: em Braga, 1 ano de "crise geral" a cada 11 anos, na 1.^a metade, a cada 9.9 anos, na 2.^a metade; em Moncorvo, a proporção foi de 1 ano de "crise geral", a cada 8.9 anos, na 1.^a metade, para a cada 7.4 anos, na 2.^a metade; em Idanha-a-Nova, 1 ano de "crise geral", a cada 8.7 anos, na 1.^a metade, para a cada 5.9 anos, na 2.^a metade. Refira-se que na Galiza, de 1600 a 1800, as crises que tocaram cerca de um quarto das comunidades produziram-se, em média, todos os 10.5 anos, as que tocaram um terço, tiveram lugar todos os 25 anos e as que atingiram mais de metade produziram-se todos os 100 anos (DUBERT, 1996: 239). No Interior da Península, no século XVIII, as "crises gerais" produziram-se à razão de 1 crise todos os 12 anos (PÉREZ MOREDA, 1980: 459).

A periodicidade das crises mostrou, *grosso modo*, um maior abrandamento da mortalidade no Norte Litoral do que no Interior do País.

O aumento do número de crises a partir de 1750 foi sobretudo das crises de intensidade menor e média (magnitudes 1 e 2). Se as crises foram menos graves, as de intensidade superior (magnitudes 3 e 4) duraram mais tempo. Considerando em conjunto as crises fortes (magnitude 3) e maiores (magnitude 4), na 1.^a e 2.^a metades do século, em Castelo Branco, passou-se de uma duração média de 2.1 anos para 2.2 anos (PINTO, 1993: 346), em Braga, apenas de 1.72 anos para 1.77 anos (DAVID, 1992: 169-170). Refira-se que em França, entre os períodos 1680-1739 e 1750-1792, também se verificou um aumento médio destas crises que passam de 2 anos para 2.8 anos (PERRENOUD, 1989: 21).

Crises do século XIX⁴⁰

Relativamente ao século XIX, em Portugal vivia-se, na primeira metade, um período de crise generalizada, sentindo-se um mal estar da sociedade e da economia que se reflectia na evolução da população. Dominavam as grandes crises provocadas pelas Invasões Francesas e o seu rasto de tifo exantemático, pela Guerra Civil, pela epidemia de cólera, pelos motins populares e pelos surtos de varíola. Na segunda metade de Oitocentos, crises epidémicas violentas marcaram as populações: cólera, febre-amarela (geograficamente limitada), varíola e *influenza*.

A Norte do Tejo, nos primeiros quinze anos do século XIX, período de crise geral, fase crítica de carestia, guerra e tifo exantemático, epidemia urdida pela crise de subsistência, como reflexo dos maus anos agrícolas e da Guerra Peninsular, foram assinaladas sobremortalidades próximas, com receptores e intensidades diferentes.

Na Facha, uma crise média visou os menores de sete anos de idade em 1809; em 1811, uma pequena crise atingiu os maiores de sete (MACHADO, 1995: 134-135).

O ano de 1809 foi também ano de crise de mortalidade entre os "adultos", em Cervães (BARBOSA, 1997: 104).

Em Belinho, as crises de mortalidade, entre os "adultos", ocorreram em 1809 e 1811 (SARAIVA, 1997: 115-119).

Em Alvito (S. Pedro) e anexa (Ginzo), a população "adulta", sobretudo do sexo masculino, foi afectada por uma crise de mortalidade média, no quinquénio 1809-1813. Esta crise pontual concorreu para o défice fisiológico dos primeiros vinte anos de Oitocentos e parece também ter tido repercussões, no decénio 1810-1819, na elevação da idade média dos homens ao casamento (MIRANDA, 1993: 203-206 e 233).

Em Março de 1809 ocorreu em Braga e seu termo a crise mais grave dos séculos XVIII e XIX⁴¹. Além da "ponta" de Março, foram detectadas, na cidade, picos secundários em Julho-Agosto e, no termo, em Setembro. Neste ano, 85.4% das freguesias com informação foram atingidas pela mortalidade de crise: uma crise "superior", seis crises "maiores", dezanove crises "fortes", dez crises "médias" e cinco crises "menores".

Seguiu-se um triénio de maus anos agrícolas, de alta de preços e carência de cereais e outros bens alimentares que reactivaram a mortalidade de crise, ora de fraca intensidade. A sazonalidade dos óbitos nas freguesias atingidas pela sobremortalidade alcançou o cume na Primavera de 1811, possivelmente já relacionada com a insuficiência alimentar, e no ano seguinte atingiu o máximo no mês de Agosto (DAVID, 1992: 215-218).

Nas zonas rural e urbana de Guimarães, entre Dezembro de 1810 e Junho de 1811, com "pontas" máximas em Abril e, em Maio, no Hospital da cidade, ocorreu a crise mais grave de mortalidade, depois da grande peste de 1599. Foi uma epidemia de particular virulência, identificada como tifo exantemático (AMORIM, 1987: 315-316, 328, 332 e 334).

Em S. Tiago de Bougado, em 1808-1809 e 1811, a mortalidade anómala não ultrapassou

a magnitude 1, acompanhada, contudo, de uma acentuada depressão da natalidade, o que explica o défice fisiológico destes anos (ALVES, 1986: 72, 75 e 78).

Após a crise "menor" de 1800, foi também em 1809 que Campanhã sofreu uma crise de mortalidade de amplitude "forte", com o "pico" máximo em Março e outros secundários em Agosto-Setembro e Novembro-Janeiro, e, com maior intensidade em Março de 1811, dada a mobilidade das tropas e a promiscuidade dos aquartelamentos (RODRIGUES, 1996: 103-105).

Em Cortegaça, em 1811, registou-se uma mortalidade acima do normal entre a população "adulta" e que se deveu ao alastramento da epidemia de tifo exantemático a que se juntou, acidentalmente, um naufrágio com pescadores (GOMES, 1998: 103-104).

Passada a adversidade de 1800, Aveiro, embora não tenha sofrido directamente os efeitos das Invasões Francesas, acolheu os foragidos de outras paragens em busca de abrigo. Em 1806 e 1815, registaram-se crises de mortalidade de fraca amplitude, cada uma delas direccionada a diferentes estratos da população: enquanto em 1806, a morte vitimou sobretudo a população adulta com mais um surto de paludismo, em 1815, atingiu preferencialmente as crianças, afectadas por verminoses, varíola, sarampo e escarlatina (AMORIM, 1997: 105-129).

Na Figueira da Foz, em 1811, viveu-se um ano de sobremortalidade. A epidemia de tifo exantemático, culminante em Março, atacou sobretudo a população imigrada, promiscuamente acumulada, nesta localidade, fugiente à marcha de Massena (CASCÃO, 1985: 98-102).

Em Lisboa, a mortalidade continuou neste século a estar sujeita a flutuações anuais, embora cada vez menores, verificando-se um aumento da taxa bruta de mortalidade à medida que se avançava do centro da cidade para a periferia, onde se registavam os níveis mais elevados. Entre 1801-1803 ocorreu a primeira crise de mortalidade do século XIX, tendo como causas prováveis bexigas e enterites. As crianças foram as mais atingidas e os óbitos centraram-se sobretudo no Verão. Em 1806 desencadeava-se uma crise de origem epidémica, pouco mortífera, e mais intensa nas zonas ribeirinhas, onde viviam sobretudo jovens e bastantes crianças de famílias de fracos recursos económicos. Em 1811, o exército napoleónico invadia a capital transmitindo à população civil o tifo que transportava consigo e que se transformou no maior flagelo sentido na região desde o início do século. Assim,

em 1810-1811, desencadeava-se uma crise de mortalidade de magnitude 4, sendo uma das de maior intensidade registadas em Lisboa no século XIX. Os meses mais mortíferos situaram-se entre Janeiro e Maio (RODRIGUES, 1993: 338-432).

No início do século, as crises de mortalidade atingiram o concelho de Santarém em 1800, 1803 e 1811. Neste último ano, a mortalidade excessiva foi provocada pela presença dos exércitos franceses no concelho, foi acompanhada de um surto de tifo e atingiu 88.9% das freguesias (ALMEIDA, 1998: 104-119).

No concelho de Torre de Moncorvo, o biénio 1804-1805 foi de crise geral de mortalidade de pouca intensidade, apresentando-se a distribuição mensal das defunções razoavelmente equilibrada. Parece ter alguma identificação, dado o intercâmbio fronteiriço, com as graves crises que na altura se desenvolviam no país vizinho, devidas a surtos de paludismo, febre tifóide e febre amarela provocados pelas graves perturbações climatéricas e escassez de géneros alimentares.

Todavia, a mais grave crise aqui detectada deu-se no triénio 1810-1812. Só em 1811 foram tocadas mais de 50% das freguesias com informação, registando-se então o nível mais elevado da sobremortalidade. Explicam esta "anormalidade" não só as campanhas da Guerra Peninsular e suas funestas consequências, sentidas principalmente na vila de Moncorvo, em Dezembro-Janeiro, como também focos epidémicos não identificados que atingiram particularmente os menores de idade (TAVARES, 1997: 169-180; 1997 a: 343).

Também em Vila Flor⁴² maus anos agrícolas, crises frumentárias e epidemias caracterizaram os primeiros anos do século XIX, pelo que a mortalidade "extraordinária" alcançou a magnitude "forte" em 1805, depois de ter gerado uma crise "menor" em 1803. A grave conjuntura geral vivida com as invasões francesas produziram, em 1811, uma crise "menor" (TAVARES, 1998: 151; 155-156; 168).

Em 1800 e 1809, a população "adulta" de Calvão foi atingida por duas crises de magnitude 4 (crises maiores), as mais violentas ao longo de toda a observação. Não obstante o desconhecimento da causa directa da mortalidade de 1800, supõe-se uma relação com um surto epidémico incidente entre Junho e Agosto. Já a crise de 1809, com os seus vértices em Abril e Julho, colocou-se no quadro geral de falta de subsistências em consequência do estado de guerra, seguida duma epidemia estival.

Estas crises demográficas provocaram o

revigoramento da nupcialidade de Calvão entre 1800 e 1819, contribuindo para a substituição e rejuvenescimento da estrutura populacional (FAUSTINO, 1997: 258-260, 265-267, 315-316 e 326-327).

Em Poiares, ocorreram sobremortalidades em 1805 e 1810-1811. Enquanto a primeira crise surgiu inserida num decénio coincidente com a maior adinamia de nascimentos dos 240 anos sob observação, o que, decerto, teria afectado o volume dos efectivos populacionais, a crise bisanual brotou do contexto geral de guerra e subsequente afluxo de refugiados a Poiares (AMORIM, 1983-1984: 195, 296 e 323).

Em Castelo Branco, em 1802 e 1803 a sobremortalidade sentiu-se em nove freguesias do concelho, embora não tivesse sido significativa no contexto das crises observadas nos séculos XVIII e XIX. Em 1809-1811 desencadeava-se uma outra crise (PINTO, 1993: 351-479).

Nos Açores, neste período, outras causas determinaram uma mortalidade específica.

No Sul do Pico, na ilha do Pico, duas crises de mortalidade foram coincidentes na 2ª década do século XIX⁴³: em 1811, uma sobremortalidade dos menores de sete anos de idade; em 1816, a provocar um saldo fisiológico deficitário, uma crise de mortalidade do conjunto da população, mas com incidência no grupo etário mais jovem, cujo número de enterros ultrapassou o triplo da média do período de referência. Estas crises demográficas tiveram repercussões nas outras variáveis. Assim, os intervalos intergenésicos, entre 1800 e 1819, mostraram-se mais curtos, em parte devido à mortalidade infantil da década 1810-1819 ter atingido 161%, a taxa decenal mais elevada entre 1770 e 1889; as gerações desfalcadas pela elevada mortalidade infantojuvenil de 1816, uma vez chegadas à idade núbil, conduziram a um abatimento do efectivos casados na década de 1830 (AMORIM, 1992: 145, 213-216, 218, 255 e 259).

Também o conjunto da população, maiores e menores de sete anos de idade, de Criação Velha, na ilha do Pico, foi afectada por crises de mortalidade em 1811 e 1816 e que incidiram com mais gravidade sobre o grupo etário mais jovem. Na origem destas sobremortalidades parece ter estado o deflagrar de surtos de varíola. Embora não sendo crises de "forte" mortalidade tiveram implicações demográficas. Aquela epidemia poderá explicar a taxa de mortalidade infantil relativamente elevada da década de 1810-1819, 186%, a mais alta de toda a observação. Por sua vez, este aumento da mortalidade infantil teve reflexo na atimia

dos casamentos entre 1820 e 1840 (MESQUITA, 1995: 162-166).

Nos anos 20 e 30, período de desestruturação económico-social e política, outras perturbações sacudiram o País de Norte a Sul, em que se destacaram a Guerra Civil entre 1831 e 1834 e a primeira onda epidémica de cólera⁴⁴ em 1833.

Em Braga e seu alfoz, esta abalada época não provocou uma onerosa mortalidade de crise. Entre 1825 e 1834, na cidade, registaram-se duas crises "fortes", em 1825 e 1827 e, nos anos remanescentes, cinco crises "médias" e oito "menores"; no termo⁴⁵, detectaram-se dez crises "fortes" e uma "superior". A distribuição mensal dos óbitos revelou que a mortalidade seguiu, neste período, o padrão usual com dois campanários evidentes: o do final do Estio, geralmente inscrito no contexto das doenças gastro-intestinais e mais acentuado nas freguesias rurais, onde atacava sobretudo as camadas mais jovens; o de Dezembro-Janeiro, inerente aos problemas respiratórios e pulmonares, mais pronunciado na cidade (DAVID, 1992: 219-221).

Em Lordelo, as crianças⁴⁶ com idades compreendidas entre 1 e 7 anos de idade apresentaram elevações excepcionalmente anormais dos óbitos, em 1823 e 1825, provocados por surtos epidémicos (JANEIRO, 1997: 141-147).

A desestabilização da população provocada pelas lutas liberais, criou, em Belinho, condições determinantes das crises de mortalidade entre os "infantes"⁴⁷, em 1837 (SARAIVA, 1997: 115-119).

Em S. Tiago de Bougado, os anos de 1830 e 1833 foram de sobremortalidade, respectivamente de pequena e média intensidade, possivelmente associada à epidemia de *cholera morbus* (ALVES, 1986: 72, 75 e 77-78).

Campanhã, na terceira década de Oitocentos, registou algumas crises de mortalidade de pequena amplitude: crises "menores" em 1822-1823, 1827 e 1830 e crises "médias", de cariz estivo-outonal e invernal, em 1826 e 1829 (RODRIGUES, 1996: 86, 106-109).

Na Figueira da Foz, nos anos de 1823 e 1824, um assalto variólico fez vítimas entre a população infanto-juvenil, situando-se as percentagens dos óbitos dos menores de catorze anos de idade, naqueles anos civis, respectivamente em 67.3% e 49.1% dos óbitos totais. Nesta localidade, 1833 foi ano de crise aguda, em que uma primeira arremetida colérica, nos meses de Junho e Julho, lesou particularmente a população adulta, mais enfraquecida, elevou a taxa de mortalidade por esta *causa mortis* a 54.6%, e deu o enquadramento ao saldo fisi-

ológico negativo do quadriénio 1831-1834 (CASCÃO, 1985: 98-102).

Em Lisboa, entre 1822-1824, a sobremortalidade, caracterizada por diversos surtos com carácter epidémico, atingiu maioritariamente crianças. Nesta cidade, a cólera surgiu em 1833. As crises de mortalidade fizeram-se ainda sentir em 1836-1837 (RODRIGUES, 1995: 219-266).

Em Santarém, a mortalidade voltou a subir, acompanhada por um agravamento das condições de vida e pela crise económica e política que se vivia no país e as crises sentiram-se em 1822, 1824, 1827 e 1829. Com o alastramento da cólera, as crises reapareceram em 1830-1831 e 1833-1834 (ALMEIDA, 1998: 104-119).

Em Moncorvo, o quadro de instabilidade política, social, económica e mesmo climática não provocou sobremortalidades consideráveis. À crise geral mais alargada e prolongada, 1823-1828, seguiram-se crises bienais, 1830-1831 e 1833-1834, e uma crise limitada ao ano de 1839. Mais de 50% dos óbitos registados foram atribuídos a menores de idade. Sazonalmente, destacou-se a mortalidade estivo-outonal, muito semelhante com o que sucedeu em Braga e Castelo Branco na mesma altura (TAVARES, 1997: 181-185).

Na região de Castelo Branco, o ano de 1822 e o período de 1824-1826 foram bastante atingidos pela mortalidade. O mesmo aconteceu em 1830-1831 e 1834, anos muito mortíferos, registando-se em 1830 a última crise de magnitude 4 do século XIX e em 1834 uma crise de mortalidade que pareceu dever-se à epidemia de cólera (PINTO, 1993: 274-275).

Na ilha do Pico, a população menor de sete anos de Criação Velha, sofreu duas pequenas crises de mortalidade, em 1826 e 1836, possivelmente da responsabilidade dos assaltos das "bexigas" (MESQUITA, 1995: 162-166).

No Sul do Pico, nova crise de mortalidade dos menores de sete anos⁴⁸, mas de fraca relevância, verificou-se em 1836 (AMORIM, 1992: 145, 213-216, 218, 255 e 259).

Na quinta década de Oitocentos, foram relevantes as crises de varíola e as graves ocorrências políticas, sanitárias e culturais, vividas particularmente no Entre Douro e Minho, fundidas no eclodir da revolta popular da Maria da Fonte e da Patuleia, provocadoras de ondas de instabilidade e insegurança que convulsionaram todo o País.

Em Romarigães, as flutuações da mortalidade ao longo da primeira metade de Oitocentos apareceram atenuadas até 1846, altura em que surgiu abruptamente a crise de morta-

lidade mais aguda dos 220 anos sob observação. A concentração do grosso das defunções em Junho, Agosto e Outubro e a imolação das fracções etárias mais vulneráveis, os menores de 25 anos de idade e os maiores de 55, sugere a probabilidade de disseminação de uma grave epidemia contagiosa (SANTOS, 1998: 127 e 227).

Em Barcelinhos, em 1842, ocorreu uma sobremortalidade infanto-juvenil, possivelmente causada por um surto de "bexigas" (FARIA, 1998: 141-143 e 153-154).

Embora fontes da época apontassem para um aumento expressivo da mortalidade no concelho de Braga⁴⁹, entre 1844 e 1848, período de revoltas, mas significativamente sub-registada nos livros de óbitos paroquiais, apenas se salientou a mortalidade de crise, não muito forte, do ano de 1847, em que foram atingidas 50% das freguesias com informação. O máximo obituário ocorreu no fim do Verão e início do Outono, com particular incidência nas freguesias rurais e na sua população mais jovem, a induzir um novo surto de varíola (DAVID, 1992: 179 e 222-228).

Em S. Tiago de Bougado, crises sucessivas de fraca intensidade foram detectadas em 1844 e no triénio 1847-1849, relacionadas com situações de violência, mas em que o número de baptizados produziu o compensador efeito *superavit* (ALVES, 1986: 72, 75 e 77-78).

A freguesia de Campanhã acusou sobremortalidade no quinquénio 1839-1843, a alcançar amplitudes "forte" e "maior", nos anos de 1840 e 1841, respectivamente. O empolamento da intensidade será devido, em grande parte, ao registo de óbitos dos menores de idade, sistemático a partir de 1841. O grupo etário 0-4 anos representou a maior percentagem dos óbitos totais e teve mais elevada incidência estival, enquanto o grupo dos adultos apareceu predominantemente estivo-outonal. Nesta década, no Porto e, concomitantemente, em Campanhã, eclodiram surtos de varíola em 1842-1845, 1847-1848, febres tifóides e tifo em 1847-1849, e sarampo e escarlatina, num ambiente geral de guerra, carestia, pobreza, promiscuidade, deficiente higiene e medicina (RODRIGUES, 1996: 87-88, 110-122).

Na Figueira da Foz, um novo surto variólico, em 1842, responsável pela "ponta" máxima de Abril desse ano, atingiu principalmente os menores de catorze anos, 42.7% dos óbitos totais (CASCÃO, 1985: 98-102).

Em Lisboa, em 1843-1844, a sobremortalidade atingiu em maior grau os imigrantes e, em 1848, a população jovem que

morria sobretudo no Verão vítima de enterites (RODRIGUES, 1995: 225-229).

Em Santarém, em 1845, foi sentida uma crise de fraca intensidade e em 1847, 1848 e 1849 a crise foi provocada por um surto de tifo (ALMEIDA, 1998: 104-119).

No concelho de Moncorvo, registaram-se neste período várias crises gerais de mortalidade, umas de duração anual, 1840 e 1841, outras bienais, 1844-1845, e até quinquenais, 1847-1851. Em 1848 foram atingidas 66.7% das freguesias com informação, apresentando o maior número de óbitos nos meses de Março-Abril e Agosto-Setembro. A mortalidade excessiva desta década deveu-se ao ambiente de tumultos, às dificuldades meteorológicas e à carestia e, porventura, ao aparecimento do surto colérico (TAVARES, 1997: 141 e 186-191; 1997 a: 343).

Na Criação Velha, na ilha do Pico a população menor de sete anos de idade, sofreu uma crise média em 1845, possivelmente provocada pelas "bexigas" (MESQUITA, 1995: 162-166).

Na segunda metade de Oitocentos, oleadas epidémicas de particular virulência afectaram a população portuguesa.

Nos anos 50, dominaram a *cholera-morbus* em 1855 e 1856⁵⁰, e a febre-amarela geograficamente limitada, em 1850 e 1851, ao Porto, e, em 1857, a Lisboa.

No início do ano de 1855, a cidade de Braga sofria os efeitos da escassez de milho, resultante da má colheita do ano anterior, e era invadida por bandos de pobres famintos. Foram registados casos mortais de tifo, principalmente na camada mais desvalida da população. Depois de se ter registado o pico de Janeiro, o auge da mortalidade sazonal centrou-se em Agosto-Setembro. Fontes coevas atribuíram esta mortalidade "excessiva" à difusão devastadora da cólera que grassava no Reino e atingira a zona sul da cidade de Braga, introduzindo-se nos bairros das margens do rio Este. Os registos paroquiais de óbito amortecem a amplitude da intensidade que a epidemia teria atingido, a acreditar nos números avançados por outras fontes. Nas freguesias do termo braguês, tocadas por esta crise de mortalidade, os valores máximos cobriram os meses de Agosto a Outubro, sugerindo que o "vibrião" teria permanecido activo, fora da cidade, ainda no começo do Outono (DAVID, 1992: 229-234).

Crises de mortalidade de magnitude "média" foram sentidas em Campanhã em 1850, 1852 e 1854-1855. No Verão de 1850 acentuou-se a mortalidade dos menores de idade, enquanto a mortalidade dos maiores se reve-

lou principalmente estivo-outonal. Já em 1852 e 1854 os maiores morreram em mais elevada proporção na Primavera, ao passo que a subida dos óbitos dos menores foi predominantemente estivo-outonal. O quadro sazonal voltou a alterar-se em 1855, coincidindo a elevação da mortalidade dos menores com os meses de Abril e Maio e a dos maiores com os de Fevereiro e Novembro. Condicionismos desfavoráveis devem ter contribuído para esta crescente da mortalidade: os surtos de febre amarela e *cholera morbus* vieram associados às deficientes colheitas dos cereais e recíproca carestia e à quebra da produção vinícola e seus efeitos na indústria, no comércio externo e no mercado de trabalho (RODRIGUES, 1996: 123-129).

Em 1856, deu-se, na Figueira da Foz, a segunda "vaga" colérica, entre Agosto e Setembro, incidindo fundamentalmente sobre os adultos dos estratos sociais inferior e médio e provocando uma taxa de mortalidade da epidemia de 28.2‰. Este "flagelo", associado às febres gástricas ou febres tifóides e às parasitoses, emoldurou o défice fisiológico do triénio 1855-1857 (CASCÃO, 1985: 98-102).

Em Lisboa, em 1851, o tifo volta a provocar uma crise de mortalidade (RODRIGUES, 1995: 229-231). Nesta cidade, a cólera surge de novo em 1856, registando-se nesse ano uma crise de mortalidade. Em 1857, Lisboa foi ainda atingida pela febre amarela e a sua população novamente marcada por uma mortalidade excessiva (RODRIGUES, 1993: 180-432).

Em Santarém, entre 1854 e 1856, as crises afectaram mais de metade das freguesias do concelho, sendo sobretudo em 1856 que a *cholera-morbus* atingiu esta população (ALMEIDA, 1998: 106-197).

Em Calvão, entre a população infanto-juvenil⁵¹, a mortalidade elevou-se em 1858-1859, provavelmente provocada por surtos de varíola (FAUSTINO, 1997: 326-327).

No Alentejo, foi em 1855, 1856 e 1857 que na cidade de Évora foi sentida uma super crise e no termo uma crise maior, possivelmente associadas à fome e também à *cholera-morbus* (MENDONÇA, 1996: 85-135).

A conjuntura portuguesa dos anos 60, marcada pelo descontentamento popular, êxodo rural, emigração para as Américas, escassez de remessas do Brasil, diminuição das transacções com Inglaterra, fase negativa para indústria, acompanhada de crise económica, subida dos preços cerealíficos e de produtos não alimentares, aumento da carga fiscal, serviu globalmente de pano de fundo às crises deste período.

No concelho de Braga, em 1862, registou-se uma crise geral de mortalidade de amplitude variada: duas crises "fortes", sete "médias" e treze "menores". Dentro da cidade, atingiu-se o cume em Novembro e um pico secundário em Agosto; fora da cidade, o máximo foi sentido em Agosto. Dada a distribuição mensal e etária dos óbitos, cerca de 50% atribuíveis a menores de sete anos, é de supor que às febres estivais, agravantes da mortalidade infanto-juvenil, se tivessem aliado as febres tifóides e gástricas, mais penalizantes da mortalidade adulta. No triénio 1864-1866, as crises gerais não foram de acentuada intensidade⁵². Em 1864 e 1866, os máximos estivais resultaram na sobremortalidade dos menores de sete anos, acometidos por doenças gastro-intestinais. As dificuldades alimentares, relacionadas com a carestia cerealífica de 1864-1865, conduziram a um aumento da mortalidade em 1865, cuja variação mensal dos óbitos foi quase irrelevante. No triénio 1868-1870 houve crises de mortalidade sucessivas. Em 1868, as intensidades mantiveram-se baixas, centrando-se a distribuição mensal em Julho-Agosto a provocar um excesso obituário infanto-juvenil e um máximo secundário em Fevereiro que afectou a população adulta, mortalidade causada por uma epidemia de "bexigas" e, possivelmente, por moléstias broncopulmonares. Em 1869, apenas foram atingidas as freguesias do termo, com um máximo em Agosto-Setembro, a incidir sobre os menores de sete anos e um máximo secundário em Janeiro que acometeu principalmente os adultos. Em 1870, as crises gerais não ultrapassaram a amplitude "média" de intensidade. Na distribuição obituária, destacou-se o pico do Verão, na cidade, e o do início do Outono, no termo, a atingir sobretudo a população mais jovem afectada por febres gástricas, diarreias e doenças gastro-intestinais (DAVID, 1992: 235-247).

Em 1860, em S. Miguel de Barreiros (Maia), detectou-se uma pequena crise de mortalidade infanto-juvenil⁵³, em que o número de óbitos se elevou pouco acima da média observada no período de referência, crise relacionada possivelmente com a difusão de um foco epidémico. A afectar o conjunto da população, maiores e menores de sete anos, ocorreu em 1868 uma pequena crise de mortalidade em cada uma destas faixas etárias, de natureza infecto-contagiosa e responsável pelo saldo fisiológico negativo que, nesse ano, quebrou, momentaneamente, a tendência para o crescimento progressivo da população (MAIA, 1995: 112 e 119).

Na freguesia de Campanhã, o reflexo duma conjuntura económica e social adversa, associado às deficientes condições de higiene, enquadrando as crises de mortalidade do triénio 1866-1868, em que a mortalidade de 1867 alcançou a magnitude 3. Pronúncios evidentes destas crises relacionaram-se com a crise têxtil de algodão, linho e lã e subsequente aumento de desemprego, a alta de preços generalizada dos cereais e a redução de exportação do vinho do Porto e corrente, a retracção das remessas de emigrantes no Brasil, que despoletaram motins fundamentalmente de contestação aos impostos, como a revolta popular portuense da Janeirinha (1868). A distribuição mensal dos óbitos nestes anos "anormais" revelou um "pico" estivo-outonal, a incidir predominantemente em Agosto, devido ao número máximo de falecimentos de menores (RODRIGUES, 1996: 76-77, 130-136).

Em Lisboa, foi em 1867-1868 que foi sentida uma outra crise de mortalidade que atingiu sobretudo a periferia. Tratou-se de uma crise relacionada com o desordenado crescimento urbano e consequentes más condições de vida que favoreceram o aparecimento de febres tifóides, tifo, gripes e outras febres (RODRIGUES, 1995: 233-235).

Em Santarém, em 1862 registou-se uma crise de fraca intensidade, provocada por febres de tipo tifóide que nesta década afectaram diversas regiões do país. A crise de 1868 afectou 44% das freguesias (ALMEIDA, 1998: 106-197).

Em Calvão, em 1863 e 1865, a população infanto-juvenil voltou provavelmente a ser tocada por surtos de varíola (FAUSTINO, 1997: 326-327).

Na região de Castelo Branco, as crises prolongaram-se até ao final do século e as crises fortes aumentaram. A elevação do número de óbitos foi visível entre 1862-1866 e 1868-1869. A crise sentida em 1868 inseriu-se numa conjuntura de crise agrícola nacional de alta de preços dos cereais e de baixa da procura externa de produção vinícola (PINTO, 1993: 380-401).

Nas freguesias do concelho de Évora, o ano de 1868 foi também marcado por uma mortalidade de crise, possivelmente de tipo misto, em que à produção agrícola insuficiente se juntaram os aumentos dos impostos indirectos e as doenças, entre as quais um provável surto de bexigas (MENDONÇA, 1996: 85-135; 2000: 138-151).

No Sul do Pico, registou-se, em 1864, sobremortalidade dos menores de sete anos de idade⁵⁴ (AMORIM, 1992: 213-216; 255 e

259).

Na década de 70, ocorreram, um pouco por todo o País, epidemias de tifo exantemático, varíola e desintéria (RODRIGUES, 1995: 235-238).

Na Facha, possivelmente relacionada com a epidemia de varíola que "*atacava isoladamente ou associada ao sarampo ou mais raramente à escarlatina e ao tifo*", a crise do ano de 1873 atingiu simultaneamente os menores e os maiores de idade, mas mais incidente na subpopulação mais jovem (MACHADO, 1995: 134-135).

Em 1872-1873, a cidade e o termo de Braga, foram também tocados por um dos maiores surtos de varíola. Sofreram esta crise de carácter puramente epidémico cerca de 69.6% das freguesias, incluindo todas as freguesias da urbe, para as quais havia informação, computando-se duas crises "maiores" e doze "fortes". Em 1873, já a perder de intensidade, a "erupção" fez vítimas nalgumas freguesias do termo⁵⁵. A distribuição mensal dos óbitos acusou o zénite em torno de Setembro, parecendo sacrificar principalmente os estratos mais jovens da população.

Em 1876, verificou-se no concelho de Braga nova crise geral de mortalidade, de reduzida amplitude, com o índice máximo no Verão, a imolar principalmente os menores de sete anos (DAVID, 1992: 235-247).

Em Campanhã, foram assinaladas crises "médias" de 1873, 1876 e 1879. A distribuição mensal dos óbitos nestes anos "anormais" revelou um "pico" estivo-outonal, a incidir predominantemente em Agosto, devido ao número máximo de falecimentos de menores (RODRIGUES, 1996: 76-77, 130-136).

Em Lisboa, o tifo exantemático voltou a ser uma das causas prováveis da sobremortalidade da população, entre 1872 e 1879 (RODRIGUES, 1993: 358).

No concelho de Santarém, ocorreram duas pequenas crises de mortalidade em 1872 e 1876, provavelmente originadas pela varíola (ALMEIDA, 1998: 106-197).

Também na região de Castelo Branco, as populações foram ainda atingidas por uma epidemia de varíola que desencadeou a crise de mortalidade de 1873-1876 (PINTO, 1993: 118-421).

No Alentejo, na cidade de Évora, em 1873, a crise económica geral foi acompanhada por crises de mortalidade tanto no concelho como no termo, tendo-se atribuído à varíola a causa provável da mortalidade excessiva ocorrida nas freguesias do termo, em 1873 e 1874 (MORAIS, 1988: 104-137).

No Sul do Pico, registou-se, em 1873, sobremortalidade dos menores de sete anos de idade⁵⁶. Esta crise foi a mais grave de toda a observação: o cômputo obituário ultrapassou o quántuplo da média do período de referência e foi responsável pelo saldo fisiológico negativo desse ano. As gerações lesadas por esta mortandade contribuíram para a cifra redutora de promoções nupciais do fim do século XIX (AMORIM, 1992: 213-216; 255 e 259).

Nas duas últimas décadas do século XIX, num contexto económico-social agravado pela instabilidade de preços de bens agrícolas e industriais, filoxera dos vinhedos, quebra da criação e exportação de gado e de crise financeira, permaneceram e proliferaram as epidemias: o tifo e a febre tifóide, a cólera⁵⁷, a gripe, a tuberculose, a varíola.

Na cidade do Porto, na crise "menor" de 1893, a distribuição mensal obituária revelou um pico máximo em Julho e outro secundário em Março. 47.72% dos óbitos totais referiram-se a óbitos de crianças com menos de 5 anos, ficando a mortalidade infantil em 200.23‰. A população mais jovem sofreu os efeitos de um surto de sarampo, maioritariamente em Março e Abril, e outro de varíola. O tifo, que permaneceu endémico, atingiu principalmente os pré-adolescentes e os adultos jovens. Em 1896, registou-se uma crise "média" concentrada nos dois primeiros meses do ano. A curva obituária do grupo de 1 a 4 anos de idade comandou as flutuações dos óbitos gerais e dominou o pico máximo geral de Fevereiro. A crise deste mês afectou ainda a faixa dos maiores de 60 anos de idade. Condições de sub-nutrição e menor resistência a infecções virais e bacterianas - contexto para o desenvolvimento de morbilidades múltiplas e inter-relacionadas do aparelho respiratório, com destaque para as bronquites e pneumonias - incidiram em Fevereiro, em simultâneo com ataques de sarampo, e provocaram razias entre as crianças, enquanto nas idades adultas recaíram a tuberculose, gripes (gripe pneumónica) e pneumonias. A mortalidade infantil elevou-se a 232.91‰ com o aumento dos valores da mortalidade exógena. No biénio 1898-1899, a intensidade da mortalidade "extraordinária" no burgo portuense saltou do grau de magnitude "menor" para o de "forte". Em Fevereiro e Agosto de 1898 mantiveram-se os picos sazonais tradicionais. A acompanhar as flutuações gerais de Inverno sobressaíram os índices mais elevados dos menores de 20 anos de idade, atingidos por bronco-pneumonias e uma epidemia maior de varíola. As gastroenterites tornaram-se a primeira causa

de morte dos menores de cinco anos e foram responsáveis pelo pico estival dos óbitos. A mortalidade infantil colocou-se em 247.88‰. Em 1899, o registo sazonal alterou-se: o pico de Inverno desapareceu e a elevação estival atingiu índices anormais no mês de Junho. Para este pico de Verão contribuíram sobretudo os óbitos dos menores de 5 anos de idade. Neste ano, 50.93% dos óbitos totais disseram respeito a estes inocentes. A mortalidade infantil subiu para 269.18‰. Para esta mortandade foram maioritariamente responsáveis as enterites, actuantes sobre os primeiros grupos etários, e a insólita peste bubónica septicémica de Junho de 1899⁵⁸ que vitimou 41.5% dos indivíduos contaminados, 5% com menos de 5 anos. Acumulados ainda a estes males, o sarampo da Primavera, um surto de difteria e a reincidência das bronquites e pneumonias, um quarto das mortes da 2ª. infância, tornaram, por certo, a crise "forte" de 1899 uma crise de mortalidade de crianças. A tuberculose fixou o seu pico no grupo dos adultos activos jovens (20-29anos) e atingiu níveis muitos altos, cerca de 60% dos óbitos. Admite-se que as enterites e diarreias infantis, que estão associadas a uma deficiência nutricional, possam ter alguma relação com a tuberculose, doença também ligada a estados de subnutrição: a manutenção dos elevados níveis de mortalidade por diarreias e enterites sustentaria, logicamente, os elevados índices de letalidade por tuberculose (MAIA, 1993: 40-116; 1995: 238).

Focando agora uma das freguesias portuenses, Campanhã, verificou-se que nela foram registadas crises "médias" em 1893, 1897 e 1899 e uma crise "menor" em 1896. Entre 1893 e 1900, Campanhã apresentou sempre óbitos devidos à varíola, sendo a freguesia do Porto com maior número de óbitos por esta afecção em 1897, conduzindo a uma elevada taxa de mortalidade (6.33‰), em 1899. Um surto de difteria atacou ainda Campanhã, Ramalde e Paranhos, no mesmo ano de 1899 (RODRIGUES, 1996: 77, 137-145).

Em Lisboa, o tifo exantemático, em 1882, e a cólera, em 1885, foram os possíveis responsáveis pela elevação da mortalidade desta população. Entre 1894 e 1896, a subida dos níveis de mortalidade poderá ter sido originada por pequenos surtos epidémicos - possivelmente pela cólera em 1894⁵⁹, pela gripe ou pneumonia em 1895, por uma doença mal diagnosticada em 1896 (RODRIGUES, 1995: 243-245).

Em Santarém, as crises de mortalidade de 1881 e 1886 foram de fraca intensidade. A

primeira terá sido consequência da carência alimentar e proliferação do tifo. Quanto à segunda, pareceu tratar-se de uma recorrência da epidemia de cólera (ALMEIDA, 1998: 106-197). Quatro pequenas crises atingiram este concelho em 1890, 1892, 1894 e 1896. Em 1892, a crise deveu-se essencialmente a doenças de tipo respiratório nos meses frios e a febres infecciosas nos meses de Verão. Em 1894 verificou-se um surto epidémico e em 1896 o aumento do número de óbitos pareceu ter sido provocado por doenças de tipo respiratório (ALMEIDA, 1998: 133-139).

No concelho de Moncorvo⁶⁰, as crises gerais detectadas no biénio 1883-1884 não apresentaram nenhuma crise "forte"; já em 1889, possivelmente um surto epidémico propagou-se a 10 das 16 freguesias com informação, ou seja, cobriu 62.5% da área, e traduziu-se numa crise "forte", três crises "médias", três crises "menores" e outras tantas indeterminadas (TAVARES, 1997: 338-354).

Em Vila Flor, seguiu-se um agravamento na década de 80, devido à frequência e duração que as crises então tomaram: crise trienal de 1880 a 1882, numa sequência de duas crises "menores" a rematar numa crise "forte"; crises anuais de amplitude "menor", em 1884 e 1889. A crise de mortalidade mais prolongada, 1880-1882, afectou gravemente a população de Vila Flor, elevando-se a taxa bruta de mortalidade em 1882, a 41.8 por mil, a mais alta dos anos de 1864 a 1900. Possivelmente, a filoxera dos vinhedos, a crise agrária, o clima agreste associaram-se às epidemias de varíola, tifo e cólera, a que se seguiu um declínio da população, coadjuvado pela forte emigração para a África Portuguesa (TAVARES, 1998: 151, 156-161 e 168-169).

Na região de Castelo Branco, nos períodos de 1879-1881 e 1883-1885, a sobremortalidade volta a ser sentida. A crise de 1879-1881 foi a que apresentou a maior extensão desde 1800 até ao final do século, sem contudo se poder confirmar a existência de epidemias de febre tifóide ou tifo exantemático que, entre 1800 e 1884, se sentiram a nível nacional. Esta crise e a de 1883-1885 surgiram numa conjuntura agrícola e económica desfavorável. A varíola ou o sarampo foram apontados como possíveis responsáveis pela mortalidade de crise ocorrida em 1895-1897 (PINTO, 1993: 118-421).

No concelho de Évora outras crises de mortalidade voltaram a ocorrer em 1883-1884, 1890 e 1897. A primeira surgiu numa conjuntura económica desfavorável, essencialmente no que respeita à produção agrícola, tendo-se verificado também óbitos causados pela varí-

ola (MENDONÇA, 1996: 146-183). As grandes crises agrárias e financeiras sentidas em 1890 e 1891 terão contribuído para a subida da mortalidade em 1890. A crise de 1897 foi exclusivamente rural, tendo sido apontadas como eventuais causas da subida da mortalidade, a falta de condições sanitárias e de higiene, associada à ignorância das populações e às más condições climatéricas que se reflectiram na agricultura (MENDONÇA, 1996: 146-183). Nas freguesias do termo, as crises de 1890 e 1897 produziram-se em relação directa com crises alimentares de subprodução, desemprego e alta de preços dos cereais (MORAIS, 1988: 104-105).

Numa visão condicionada e parcelar, resumimos, em termos estritamente estatísticos, analogamente aos procedimentos anteriores, as crises do século XIX⁶¹.

As paróquias do Norte do País, uma vez agrupadas⁶², deram-nos uma imagem aproximada da mortalidade extraordinária da primeira para a segunda metade do século. Na 1.ª metade de Oitocentos, das 941 freguesias-ano analisadas, cerca de 93.73% registaram mortalidade ordinária e 6.27%, um nível de crise; na 2.ª metade, das 757 freguesias-ano, tiveram mortalidade normal 93% e de crise 7%. Ou seja, os valores dos rácios informaram-nos que, embora se verificasse um aumento ligeiro da frequência da sobremortalidade da 1.ª para a 2.ª metade da centúria, em termos médios, por cada catorze anos de mortalidade normal havia um ano de crise.

Já na cidade de Lisboa, conquanto tivesse diminuído a intensidade da mortalidade extraordinária no século XIX, notou-se, em relação aos séculos anteriores, um agravamento entre anos normais e anos com crises de mortalidade: em cada três anos, um deles tinha sido de sobremortalidade (RODRIGUES, 1995: 274-276).

Da comparação entre uma subárea do Norte Litoral e outra do Norte Interior, na 1.ª metade da centúria, ressalta o agravamento diverso das crises de mortalidade, de acordo com as diferentes características das populações: assim, o cotejo entre o concelho de Braga (DAVID, 1992: 169-170) e o de Moncorvo (TAVARES, 1997: 132-134) mostrou que as "crises gerais", em termos médios, aconteceram, em Braga, a intervalos de 8.6 anos, e em Moncorvo, mais penosamente, a espaços de 6 anos.

A gravidade da "crises gerais" poderá apreciar-se também pela sua duração (evidentemente, quanto mais dura o aumento do volume dos óbitos, mais demorado e difícil será a

recuperação). Por exemplo, em Castelo Branco, na 1.^a metade deste século, a duração média das crises de magnitudes 3 e 4, se consideradas conjuntamente, passou para 2.4 anos. Na 2.^a metade assistiu-se a um retrocesso desta duração para 2 anos, o que parece confirmar uma diminuição da mortalidade extraordinária (PINTO, 1993: 425-426).

Como realçava PEREZ MOREDA (1980: 400) a severidade da mortalidade do século XIX, parece não devir tanto das sucessivas crises como da mortalidade ordinária, sobretudo infanto-juvenil, através das enfermidades endémicas mais gerais como o as desinterias, o sarampo, a varíola, a tosferina ou a difteria.

Crises do início do século XX⁶³

No princípio do século, em Portugal, havia já uma nova consciência em relação aos progressos registados a nível da profilaxia e da terapêutica sobre várias doenças como a varíola, a difteria ou o paludismo (MACHADO, s/d: 183). No entanto, a mortalidade infantil era superior à mortalidade geral e as crianças eram um dos grupos etários mais atingidos. Em 1918, registava-se a epidemia mais mortífera, a gripe "pneumónica", que invadiu o País de norte a sul, associada a outras enfermidades de menor porte (CORREIA, 1938: 479-481).

Em Lisboa, nos bairros de Alcântara, Ajuda e Belém, os quais configuram a chamada zona ocidental de Lisboa, verificou-se ainda um grande peso da mortalidade infantil que, em 1903, chegou a representar 37.1% dos óbitos. Esta mortalidade foi maioritariamente exógena, reflectindo assim o grande atraso na assistência médica e sanitária. No entanto, a mortalidade nesta zona atingiu valores sempre inferiores aos registados na cidade de Lisboa, embora tenham permanecido valores igualmente altos que se situaram entre os 40.5 por mil e os 57.1 por mil.

Relativamente à mortalidade diferencial por sexos e em valores absolutos, faleciam nestes bairros sempre mais homens que mulheres na maioria dos grupos de idade. A partir do grupo dos 75 anos e mais, os óbitos femininos excediam os masculinos. A população morria sobretudo de enterite, pneumonia e tuberculose, embora a demarcação das doenças se tivesse manifestado em função da idade. As crianças e os jovens morriam maioritariamente devido a enterites, pneumonias, malformações, debilidades congénitas e epilepsia. Os idosos morriam essencialmente com doenças do aparelho circulatório e senilidade e os que faleci-

am em idade activa morriam sobretudo devido a tuberculose. Contudo, o sexo masculino apresentou-se mais sujeito a uma maior diversidade de causas de morte, comparativamente com o sexo feminino (PEREIRA, 1990: 505-508).

Na cidade do Porto, devido às duras condições de trabalho e deficiente higiene, a tuberculose constituiu a principal causa de morte, sobretudo na subpopulação dos 20 aos 40 anos, situação que se manterá até ao segundo pós-guerra. Responsável por 17% dos óbitos totais, em 1900, e 15%, em 1901, ano de crise "menor", representou nesta sobremortalidade 24.42% dos óbitos entre operários ou artesãos ligados à indústria têxtil ou do vestuário. Também neste ano de 1901, 15% dos óbitos foram devidos a enterites e diarreias, doenças estivais associadas à água e ao leite contaminados, causa de elevada mortalidade infanto-juvenil: 200‰ até ao primeiro ano de idade, 80‰ aos dois anos, 40‰ entre os dois e três anos de idade e 25‰ até aos quatro anos de idade. Em 1902, uma crise "média", teve por detrás uma epidemia de varíola que atingiu principalmente as idades mais jovens, sendo então vacinados e revacinados milhares de indivíduos.

No ano de 1918, o Porto sentiu nova crise de mortalidade em que as duas grandes vagas epidémicas de gripe, a "gripe espanhola" e a "influenza pneumónica", com os picos claramente definidos em Junho e Setembro, se aliam à virulência exarcebada do tifo exantemático, endemia subsistente da Primavera, e elevaram a taxa de mortalidade acima dos 45‰. A "pneumónica" coexistiu também com as afecções intestinais, como a desinteria, e surgiu frequentemente associada a um surto de varíola (MAIA, 1993: 110-107; 1995: 236-241).

A gripe pneumónica atingiu também a população "adulta" de S. Miguel de Barreiros, em 1918, contribuindo para o saldo fisiológico negativo desse ano, uma quebra invulgar na tendência progressiva do crescimento dos efectivos populacionais (MAIA, 1995: 111-112 e 119).

Na Facha, a população maior de sete anos sentiu uma pequena crise de mortalidade igualmente em 1918, em virtude da propagação da gripe pneumónica que assolou o País nesse ano e no seguinte (MACHADO, 1995: 135 e 137).

Conclusão

Reconsiderando a dimensão da severidade da mortalidade extraordinária, estabelecemos algumas comparações internas ao nível regional, na suposta diferença de intensidade sofrida por localidades dispersas e por áreas alargadas.

Se os pequenos núcleos populacionais estão sujeitos a variações aleatórias, já a organização dos dados em grupos de paróquias circunvizinhas, deverão dar uma melhor avaliação da mortalidade. Fugindo um pouco da visão "molecular" de Chaunnu, tentámos, dum modo muito primário, ultrapassar o quadro da monografia paroquial associando os dados numa amostra mais regionalizada⁶⁴.

Em termos globais, por vezes, foi possível reter algumas tendências comuns e outras divergentes, segundo os diferentes tempos e locais, conclusões que resumimos a seguir, caminhando de Norte para Sul, do Litoral para o Interior, do Continente para as Regiões Insulares, segundo a evolução cronológica da amostragem.

Norte-Litoral:

Na área de Guimarães, em 1599, ocorreu a última peste. Após algumas crises, provavelmente de subsistência, a partir de 1660, entrou-se numa fase de aumento da população, apenas perturbada, na transição do século, pela epidemia de 1705. Na zona urbana, nos meados de Setecentos, a população teria descido e, mesmo depois, só graças à imigração se manteria em níveis estáveis. Nas zonas rural e mista, no decurso do século XVIII, a tendência de ascensão populacional foi mais clara. A última grande crise, a de 1810-1811, não parece ter tido reflexos constrangedores na tendência geral de crescimento populacional (AMORIM, 1987: 414, 480-483, 488-492).

No Pico de Regalados, apareceu uma mortalidade suave, evidenciada nos saldos fisiológicos positivos contínuos desde o século XVII, reservas populacionais escoadas pelo êxodo dos seus naturais (ARAÚJO, 1992: 221-237).

A mortalidade manifestada em Unhão, desde o século XVII, parece ter tido um cariz moderado, sem que em nenhum momento se traduzisse em saldos fisiológicos negativos (SOARES, 1995: 198 e 201)

As raras crises de mortalidade observadas em Lordelo, parecem ter sido, desde o século XVII, maioritariamente de natureza epidémica (JANEIRO, 1997: 147).

A paróquia de Alvito (S. Pedro) e anexa

(Ginzo), desde 1623, parece não ter estado exposta a situações acutilantes de mortalidade "extraordinária", apesar das crises de mortalidade se apresentarem como parte dos elementos redutores do crescimento demográfico na 1ª metade do século XVIII e nas 1ª e 2ª décadas do século XIX (MIRANDA, 1993: 205-206 e 248).

De 1633 a 1852, a população maior de sete anos de Romarigães não sofreu mortalidades drásticas, à excepção da crise de 1846, pelo que não foi afectado o crescimento demográfico (SANTOS, 1998: 258-259).

Em Cervães, entre 1645 e 1810, arrolaram-se pequenas crises de mortalidade e, porque moderadas, não parecem ter tido efeito constrangedor no equilíbrio entre população e recursos (BARBOSA, 1997: 130-131).

Em Barcelinhos, verificou-se que, entre 1677 e 1910, nos escassos períodos de mais elevada mortalidade, parece ter-se ressentido o equilíbrio populacional (FARIA, 1998: 144, 236-237 e 245).

Em S. Tiago de Bougado, entre 1680 e 1849, dominaram as crises de mortalidade de pouca intensidade e de aspecto larvar, não sendo evidentes endemias de subsistência (ALVES, 1986: 72, 75 e 77-78).

Em S. Miguel de Barreiros, desde o século XVIII que se tem verificado uma mortalidade suave, sem a intervenção de grandes crises de mortalidade na população "adultas", particularmente a partir da primeira metade do século XIX. A acrescentar a este dado, a progressiva quebra da mortalidade infanto-juvenil, observada a partir da segunda metade de Oitocentos e que conduziu a uma crescente tendência para o aumento progressivo dos efectivos, apenas quebrado em 1868, mas logo recuperado pelo fluxo imigratório (MAIA, 1995: 118 e 126).

No concelho de Braga, no século XVIII, foram mais actuaentes as crises de tipo misto. No século XIX, as principais causas das grandes crises foram de origem bélica (Invasão Francesa, em 1809) e epidémica pura (surto de varíola, em 1872-1873) (DAVID, 1992: 267-271).

Os "graves" sobressaltos da mortalidade em Adaúfe, entre 1736 e 1885, tiveram incidências no plano demográfico, nomeadamente as crises de mortalidade da primeira metade do século XIX, às quais corresponderam quebras simultâneas dos nascimentos e dos casamentos (CARVALHO, 1993: 29-45).

Em Aveleda, a população maior de sete anos, sob observação desde 1580, apenas foi afectada por uma crise de maior gravidade em

1755. A população menor de sete anos, desde 1710 sob análise, sofreu uma crise mais aguda em 1811. Como pano de fundo, uma mortalidade suave (SILVA, 1997: 171).

Desde 1745 que, em S. Miguel da Facha, não parece haver grandes crises de mortalidade. A persistência contínua de excedentes em vidas humanas, ao longo de toda a observação, confirma essa ausência de "mortalidades excepcionais" (MACHADO, 1995: 137, 162 e 172).

O crescimento natural de Belinho desde 1780 que vem demonstrando uma certa estabilidade, mas só a partir dos meados do século XIX registou "um crescimento sustentável". Entre as fases de déficit fisiológico, sobressaíram ocasiões de sobremortalidade (SARAIVA, 1997: 129-130).

Em Campanhã, entre 1790 e 1841, as maiores mortandades sentiram-se em 1809, 1840, 1867 e em 1841. Estas crises de mortalidade foram sobretudo de tipo misto (RODRIGUES, 1996: 146-151).

Entre 1870 e 1902, as doenças infecciosas como o tifo, o sarampo, a varíola e a difteria, já não revelavam, na cidade do Porto, a virulência tradicional. A implementação de medidas médico-sanitárias reduziram a letalidade destas doenças que, em 1900, representaram apenas 3% do total dos óbitos. Num processo de transição epidemiológica, doenças de tipo moderno, como a tuberculose, doença da primeira industrialização, e as doenças degenerativas substituíram-se, no início do século XX, às doenças zimóticas que no passado tinham sido responsáveis pelo "excesso" de mortalidade no conjunto da população portuense. Durante o período analisado, esta urbe revelou um alto padrão de mortalidade infantil e de mortalidade juvenil, causada por enterites e diarreias, dependentes da má qualidade do leite e da água, e por afecções do aparelho respiratório, ligadas a uma má situação nutricional, bem como um elevado índice de letalidade adulta entre a população activa jovem, provocada pela tuberculose pulmonar. Em simultâneo com as crises de mortalidade concorreu, nesta cidade, o declínio da mortalidade, apenas entrevisto (MAIA, 1993: 122-127; 1995: 241-242).

Centro-Litoral:

Comparando as sobremortalidades conimbricenses da segunda metade do século XVI com as das quatro primeiras décadas do século XVII, verifica-se uma alteração significativa: em Seiscentos, depois de ultrapassada a crise de 1599-1602, a peste desapareceu por alguns decénios e os anos mortíferos

tornaram-se cada vez mais separados (OLIVEIRA, 1971, I: 175-294).

Em Cortegaça, apesar de não terem acontecido grandes crises de mortalidade desde 1620, a frequência de pequenas crises, mais pressentidas pelos saldos fisiológicos negativos do que pelos elevados índices obituários, concorreram em paralelo com a elevada mortalidade infantil, repercutindo-se no ritmo de crescimento da população, na segunda metade do século XIX (GOMES, 1998: 127-128 e 133-134).

Em Aveiro, entre 1706 e 1815, as crises de mortalidade foram concomitantes com saldos fisiológicos negativos (AMORIM, 1997: 105-109).

Das três calamidades tradicionais - guerra, fome e epidemia - só a última parece ter atingido a Figueira da Foz, na primeira metade do século XIX (CASCÃO, 1985: 101-102 e 122).

Sul-Litoral:

Relativamente a Lisboa, a comparação dos séculos XVI e XVII (RODRIGUES, 1987: 114-215) revelou a existência de um maior número de crises no século XVII, a generalização de crises de tipo larvar e um abrandamento da sua virulência, assim como o desaparecimento de crises de tipo 5 e 6. A comparação das zonas rurais com as urbanas mostrou que no mundo rural as crises tiveram uma menor duração e não manifestaram um carácter larvar, possivelmente devido às condições de salubridade ou a níveis socio-económicos específicos. As áreas mais atingidas pelas crises de mortalidade foram os bairros populares. Contudo, exceptuando um ligeiro alargamento temporal e um abrandamento da virulência das crises de mortalidade geral, não se verificaram alterações de fundo nas crises sentidas em Lisboa ao longo dos séculos XVI e XVII. Ao longo do século XVIII, as crises de mortalidade nesta cidade (BARATA, 1988: 128) foram de tipo misto e não atingiram a amplitude dos séculos anteriores. As freguesias de características populares foram sobretudo as mais atingidas. No século XIX verificou-se uma diminuição das crises de mortalidade catastróficas, quando comparadas com épocas anteriores. Na segunda metade do século, a frequência da sobremortalidade aumentou, embora os grandes surtos epidémicos tivessem desaparecido. Na capital, as grandes doenças do século XIX estiveram ligadas à maior intensidade da mobilidade e ao processo de urbanização que terá contribuído para a propagação e virulência de determinados surtos epidémicos (RODRIGUES, 1993: 430-443). 1599.

No início do século XX, em Lisboa, as cri-

anças eram um dos grupos de idade mais atingidos pela mortalidade, verificando-se uma maior incidência no primeiro ano de vida (FIGUEIREDO, 1994: 215).

Na zona ocidental de Lisboa, no início do século XX registou-se igualmente uma elevada mortalidade nos primeiros grupos de idade e uma diminuição que atingiu os mínimos por volta dos 10/14 anos, seguindo-se um aumento oscilante até aos 50/54 anos e uma subida brusca depois destas idades (PEREIRA, 1990: 504-505).

Relativamente aos concelhos de Oeiras, Cascais e Sintra, verificou-se também que o século XVI foi marcado pela peste e o século XVII, até ao início do XVIII, sentiu uma carestia contínua, más condições climatéricas que se reflectiram nos ritmos de abastecimento e guerras frequentes que levaram ao desequilíbrio da evolução demográfica da população (RUNKEL, 1990: 200-202).

Em Alenquer, devido à escassez dos dados, as crises de mortalidade do século XVI apareceram sub-registadas. Para o século XVII há mais informação e as sobremortalidades detectadas revelaram uma tendência declinante de intensidade.

Em termos comparativos, notou-se que, na primeira metade do século XVII, as crises foram mais fortes, mas em menor número e de menor duração, a denunciar o seu carácter endémico e a dificultar certamente a recuperação dos efectivos perdidos, na segunda metade de Seiscentos, as crises gerais apresentaram-se em maior número e de maior duração, todavia menos virulentas. Admite-se que a sobremortalidade de tipo endémico tenha desempenhado um papel predominante nestas crises gerais (FERREIRA, 1986: 142, 144, 283-285).

No período compreendido entre 1600 e 1773, destacaram-se, no Algarve, as crises do início e meados do século XVII e dos anos 30 do século XVIII. Foram crises que surgiram enquadradas por outros anos maus e de carências sazonais de pão. Embora as epidemias tivessem atacado o Algarve com alguma violência, não tiveram efeitos duradouros. Refira-se, como mais mortíferas, as pestes em 1601-1602, 1645-1646 e 1649-1650. Como substracto patogénico, mantiveram-se, ao longo do período, a malária e a sífilis (MAGALHÃES, 1988: 62, 70-71, 180, 183, 394 e 399).

Em Conceição de Tavira, no Algarve, a mortalidade dos menores de sete anos nos séculos XVIII e XIX foi marcadamente estivo-outonal. Os adultos morriam sobretudo no "tempo frio" de Inverno. No mês de Agosto verificou-

se também uma certa regularidade das mortes (PINTO, 1996: 82-86).

No concelho de Santarém, os níveis de mortalidade quotidiana e infantil foram diminuindo gradualmente ao longo do século XIX e as crises de mortalidade atingiram a maior percentagem de freguesias na primeira metade do século, até 1856. A mortalidade epidémica continuou a ser a grande causa das crises de mortalidade, sem no entanto terem tido impacto nos ritmos de crescimento desta população (ALMEIDA, 1998: 92-199).

Norte-Interior:

Rebordãos, Cardanha e Poiães revelaram, ao longo dos séculos XVII e XVIII, os seus particularismos locais no campo da mortalidade excepcional, sem crises muito profundas. Tomadas no seu conjunto, infere-se que a crise dos finais da década de 1650 e início da seguinte parece ter sido a crise mais grave, generalizada à zona do noroeste transmontano (AMORIM, 1983-1984: 197).

A população de Calvão, entre 1670 e 1870, evoluiu num movimento de regular equilíbrio, com tendência para a "expansão" no fim do século XVIII. Essa tendência foi interrompida pelas crises demográficas de 1800 e 1809, mas a partir delas a recomposição gerou uma propensão nítida de ascensão populacional (FAUSTINO, 1997: 395-396).

Em Vila Flor, as crises de mortalidade dos séculos XVIII e XIX, particularmente as finisseculares, tornaram o crescimento demográfico desta localidade irregular, lento e moderado (TAVARES, 1998: 161-162).

No concelho de Moncorvo, constatou-se um aumento das crises gerais de mortalidade e sua duração do século XVIII para a primeira metade do século XIX, com tendência para se esvanecer na segunda metade desta centúria. Neste concelho, a mortalidade epidémica foi a principal causa de mortalidade "extraordinária", no século XIX. Por outro lado, a mortalidade dos menores de idade, nos finais do século XVIII e durante o século XIX, tendeu a aumentar com predomínio da mortalidade infantil sobre a mortalidade juvenil (TAVARES, 1997: 211-219; 1997a: 349-354).

Centro-Interior:

Na Cova da Beira, concelho do Fundão, ao longo do século XVIII, as crises de mortalidade de mais frequentes foram crises mistas e de baixa intensidade, contudo verificou-se que também não diminuíram até ao final do século (DIOGO, 1992: 140-142).

Em Idanha-a-Nova, a intensidade das crises de natureza bélica fizeram uma sangria nos efectivos populacionais, sobretudo no início do

século XVIII. Na segunda metade do século, uma série de crises gerais de natureza diversa foram travando a recuperação dos efectivos até ao final do século (MOREIRA, 1992: 211-214).

Nos séculos XVIII e XIX, na região de Castelo Branco, a mortalidade geral pareceu bastante elevada, porém, devido à falta de registo de óbitos de menores na centúria de Setecentos, não foi possível avançar com uma conclusão definitiva. No entanto, todos os elementos apontaram para a mortalidade como a principal determinante do lento crescimento da população. No século XIX, este ritmo de crescimento lento manteve-se, embora o abrandamento do número de crises de mortalidade, assim como a diminuição da sua magnitude e duração e também o recuo significativo da mortalidade infantil e juvenil tivessem permitido ritmos de crescimento mais elevados no último quartel do século XIX (PINTO, 1993: 380-479).

Sul-Interior:

Em Cuba, no Alentejo, verificou-se um aumento da mortalidade entre a penúltima década do século XVI e o final do século XVIII e também uma elevada mortalidade feminina em idade fecunda, provavelmente associada a complicações relacionadas com a gravidez e o parto. O século XVII caracterizou-se pela existência de inúmeras crises de pequena e média intensidade, tendo-se desencadeado o maior número de crises de mortalidade no século XVIII. Por outro lado, foi também neste século que as crises apresentaram uma maior intensidade e tiveram uma forte componente da mortalidade infantil (SANTOS, 1994: 201-203).

Em Mourão e Olivença, entre 1600 e 1640, as crises de mortalidade detectadas não afectaram o crescimento demográfico global das populações. Já entre 1640 e 1715, a mortalidade apresentou indícios de crescimento com efeitos redutores no crescimento natural das comunidades a Leste do Guadiana (COSME, 1994a: 531, 926 e 1191; 1997: 160-161).

No concelho de Noudar-Barrancos, ao longo do século XVIII, predominaram as crises "médias", se bem que na segunda metade da centúria a sobremortalidade tivesse sido mais acentuada e sobretudo incisiva nos anos 80 (COSME, 1997: 160-161).

Na freguesia de Selmes, no Baixo Alentejo, a mortalidade apresentou-se bastante gravosa nos séculos XVIII e XIX (GODINHO, 1999: 86-105).

Nas freguesias do concelho de Évora, na segunda metade do século XIX, os níveis de mortalidade foram pouco elevados. Uma outra

constatação foi que, na última década do século XIX, as crises de mortalidade quase desapareceram da cidade, enquanto na zona rural as crises continuaram a verificar-se com a mesma periodicidade e intensidade das décadas anteriores. A partir do último quartel desse século, observou-se uma tendência para a estabilidade, embora tenha sido ainda atingido por pequenas crises de mortalidade (MENDONÇA, 1996: 17-191).

Pico (Açores):

No Sul do Pico, desde 1700 que se tem vindo a verificar a inexistência de graves crises de mortalidade "adulta". Os saldos fisiológicos foram continuamente positivos, apenas quebrados em 1746, 1816 e 1873, anos em que se constatou maior intensidade da sobremortalidade e que atingiu sobretudo os menores de sete anos de idade (AMORIM, 1992: 216 e 257-259).

Embora na Criação Velha, no século XIX, se tivessem registado alguns anos de pequenas e médias sobremortalidades sobretudo entre os menores de sete anos, o ritmo evolutivo da população não saiu perturbado, pelo que se saldou num *superavit* contínuo (MESQUITA, 1995: 165).

Em suma:

Observámos que algumas crises de mortalidade ocorriam simultaneamente. Temos, como exemplo, a crise de 1599, devido à peste; a de 1694, devido aos maus anos agrícolas; a de 1704-1705, devido à guerra, subida de preços e epidemias; a de 1731, devido ao paludismo; as de 1809 a 1811, com as invasões francesas e a epidemia de tifo; a cólera em 1833 e entre 1855 e 1856, a "pneumónica", em 1918, entre outras.

Observou-se também que no século XVI a peste ocupava o lugar preponderante como causa de morte, enquanto no século XVII, o tifo juntamente com a guerra e os problemas relacionados com carências alimentares, subida de preços e más condições climatéricas foram fundamentais.

A comprovar a existência de factores plurilocais, de âmbito supra-regional e mesmo supra-nacional, pelo que os factores climáticos e epidemiológicos desempenharam acção relevante, referira-se uma certa concordância das maiores crises demográficas, verificada por exemplo pelos concelhos do Interior: a) no concelho de Moncorvo, nos finais do século XVIII e durante o século XIX, a mortalidade dos menores de idade tendeu a aumentar, acompanhando os comportamentos de Braga, Castelo Branco e Espanha Interior; no século XIX, a mortalidade epidémica foi a principal

causa de mortalidade "extraordinária", corroborando também neste ponto os resultados observados em Lisboa e a nível nacional e internacional (TAVARES, 1997: 211-219; 1997a: 349-354); b) em Vila Flor, as crises de mortalidade mais significativas, que sucederam de 1749 a 1799 e de 1880 a 1882, foram crises bastante semelhantes, pela coincidência cronológica e possíveis causas comuns, a outras crises detectadas na Península Ibérica, particularmente em Torre de Moncorvo, Braga e Interior de Espanha (TAVARES, 1998: 161-162); c) a Oriente do Guadiana, as crises demográficas de 1631-1633 e 1637-1640, foram consonantes com as de Guimarães, em 1633 e 1635-1637, as de Mérida, em 1631-1632 e as do Interior Espanhol, em torno de 1631 (COSME, 1994: 99 e 101); d) as crises do concelho de Noudar-Barrancos, ao longo do século XVIII, foram, no plano cronológico, maioritariamente comuns ao interior alentejano e beirão e raia espanhola (COSME, 1997: 160-161).

Nos trabalhos que incidiram sobre os séculos XVIII e XIX, verificou-se que foi sobretudo na 2ª metade do século XIX que as flutuações da mortalidade característica do Antigo Regime começaram a diminuir.

Como a mortalidade obedece a ritmos variáveis ao longo dos anos, a distribuição sazonal obituária, em geral, revelou uma predominância no Verão e no início do Outono, devido particularmente às epidemias intestinais, espelho de deficientes estruturas higiénico-sanitárias, o que representa um certo subdesenvolvimento social e económico, próprio duma situação que reflecte um modelo arcaico da Europa mediterrânea⁶⁵.

O que ressaltou de tudo quanto viemos a observar, ressaltadas as omissões de registo de menores, foi que ainda que se detectassem diferenças de mortalidade entre as diferentes regiões do País, os anos "fastos" foram de longe excedentes.

Para o Norte, a ausência quase ininterrupta de campanários nas curvas obituárias e a existência predominante de crises ditas "larvares", ocultas, pouco perceptíveis, conduziram a um excedente tornado quase constante dos nascimentos sobre os óbitos, constituindo, dentro da tendência geral, verdadeiros "stocks" populacionais: as perdas não modificaram o movimento que a natalidade imprimiu à população. A aplicação da metodologia de Dupâquier confirmou a hegemonia dos baixos índices de mortalidade: mais de metade das crises detectadas atingiam apenas a magnitude 1, tan-

to nas áreas concelhias, como nas cidades de pequena-média dimensão, como nos povoados rurais. Parece, pois, estarmos sobretudo em presença de crises "larvares" ou endémicas⁶⁶. No caso do Norte de Portugal, parece verificar-se a amortização tendencial da flutuação das amplitudes de intensidade da morte talvez no início de Seiscentos⁶⁷: um regime demográfico que se afigura audaciosamente "moderno"⁶⁸.

Se uma crise desestabilizou a população, devia ser medida pelas "perdas", de um lado, e pela "recuperação", do outro. Esta "recuperação" poderá ser conhecida através de estudos micro-analíticos de reconstituição das paróquias, no âmbito da nupcialidade, fecundidade, mobilidade⁶⁹. Os trabalhos que tivemos a oportunidade de reler para esta síntese e que organizaram os dados pelo método agregativo responderam mais ao primeiro nível de análise.

Para se poder compreender os excedentes e os défices em vidas humanas nos ritmos de evolução das colectividades, a análise da mortalidade extraordinária pedirá o complemento da análise da mortalidade quotidiana⁷⁰ e estas a análise dos outros comportamentos demográficos⁷¹.

- 1 Cf. Roger SCHOFIELD, David REHER e Alain BIDEAU (eds.) (1991), *The Decline of Mortality in Europe*, col. International Studies in Demography, Clarendon Press, Oxford; Josep BERNABEU MESTRE (coord.) (1991), *El Papel de la Mortalidad en la Evolucion de la Poblacion Valenciana (Actas del II Congreso de la Asociación de Demografía Histórica, Alicante, abril de 1990, Vol. 5)*, Instituto de Cultura Juan Gil Albert, Alicante; Carlo A. CORSINI e Pier Paolo VIAZZO (eds.) (1993), *The Decline of Infant Mortality in Europe, 1800-1950. Four National Cases Studies*, UNICEF, Istituto degli Innocenti di Firenze, Florença.
- 2 Este défice tem sido apontado repetidamente por diversos investigadores europeus: SCHOFIELD e REHER (1991:2); CORSINI e VIAZZO (1993:10).
- 3 A participação de investigadores que abordam o tema da mortalidade tem sido notória na revista *População e Sociedade* do CEPFAM, na série *Monografias do NEPS*, em "*Ler História*" e no *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica* (ADEH).
- 4 Queremos expressar o nosso agradecimento, pela colaboração prestada na consulta dos trabalhos necessários para este "balanço", às bibliotecárias Sras. Dr^a. D. Isabel Pereira Leite (Faculdade de Letras da Universidade do Porto), Dr^a. D. Maria Margarida Carvalho Dias (Centro de Estudos População e Sociedade - CEPFAM - Faculdade de Letras da Universidade do Porto) e à nossa amiga e colega Dr^a. D. Maria Otília Pereira Lage.

- 5 Trabalhos assinalados com asterisco (*) na bibliografia que encerra este estudo.
- 6 Cf. ANEXO A: Quadros cronológicos das crises de mortalidade.
- 7 Cf. M. Norberta AMORIM (1991), *Uma Metodologia de Reconstituição de Paróquias*, Universidade do Minho, Braga.
- 8 Cf. a compilação das comunicações, sínteses das sessões e discussões in Hubert CHARBONNEAU e André LAROSE (eds.) (1979), *The Great Mortalities: Methodological Studies of Demographic Crises in the Past*, Ordina Editions, Liège.
- 9 Para recuperar a informação dos primeiros cinco anos de uma série de óbitos, quando a informação começa ou recomeça após um período lacunar, a fórmula de Dupâquier toma, como base de cálculo, os cinco anos anteriores e os cinco anos posteriores a cada um dos anos de referência.
- 10 Dupâquier serve-se, para uma classificação das crises, de uma escala em progressão geométrica com seis graus de magnitude: crises de magnitude 1 (crise menor) correspondente às intensidades compreendidas entre 1 e 2; de magnitude 2 (crise média) às intensidades entre 2 e 4; de magnitude 3 (crise forte) às intensidades entre 4 e 8; de magnitude 4 (crise maior) às intensidades entre 8 e 16; de magnitude 5 (super crise) às intensidades entre 16 e 32; de magnitude 6 (catástrofe) às intensidades superiores a 32.
- 11 Para as "crises a cavalo", isto é, crises que se estendem para além do ano civil, de um ano para outro(s), Dupâquier propôs que se adicionassem os índices de cada um dos anos e se subtraíssem tantas unidades quantos os índices envolvidos, deduzindo uma unidade ao resultado.
- 12 "Se ha considerado que en aquellas ocasiones en que la crisis afecte en un mesmo año o en dos años consecutivos por lo menos al 25 por 100 del total de las localidades que componen la muestra en ese período, nos encontraremos ante crisis generales de mortalidad".
- 13 "Sono considerati anni di crisi quelli nei quali le serie per le quali si registra uno scarto di almeno il 50 per cento rispetto al normale sono almeno un quinto del totale".
- 14 Metodologia seguida e recomendada por J. NADAL e E. GIRART (1960), *La population catalane de 1553 à 1717. L'immigration française et les autres facteurs de son développement*, Paris, pp. 15-16, e por Jean-Noël BIRABEN (1975), *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*, Paris-Haia, p. 310, citados por MAGALHÃES (1988: 39), nota 3.
- 15 Cf. os exercícios metodológicos aplicados às crises de mortalidade por José João Maduro MAIA (1993: 40-48), Maria Luís Rocha PINTO (1993: 260-261) e Precília RODRIGUES (1996: 74-77).
- 16 Cf. Fernand BRAUDEL (1970: 72), citado por SANTOS (1994: 16).
- 17 *Ibidem*.
- 18 Cf. J. DUPÂQUIER (1972), "De l'animal à l'homme: le mécanisme régulateur des populations traditionnelles", in *Revue de l'Institut de Sociologie*, nº. 2, pp. 177-211, citado por PINTO (1993: 16-17), TAVARES (1997: 102) e outros.
- Cf. também J. DUPÂQUIER (1984), *Pour la démographie historique*, PUF, Paris, pp. 77-78.
- 19 As curvas obtituárias reflectiam um maior número de crises sempre que os óbitos infanto-juvenis eram incluídos nas curvas da mortalidade global, embora as bossas provocadas pelos óbitos "adultos" também sobressaíssem. A aplicação da metodologia de "reconstituição de paróquias" de M. N. AMORIM (1992: 206-216) terá resolvido este problema, ao distinguir a mortalidade dos menores de sete anos da mortalidade dos maiores de sete, fazendo a sua apresentação apenas em períodos de registo mais assegurado.
- 20 Cf. ANEXO A – Quadros cronológicos I e II das crises de mortalidade.
- 21 Desde 1563 até 1568, a peste surge em Saragoça, Logronho, Navarra, Bilbao, Burgos e outras regiões, atingindo posteriormente Sevilha, Galiza e depois Lisboa, tendo como consequência um elevado número de mortes (PÉREZ MOREDA, 1980: 251).
- 22 Lembremos que, em Espanha, a mortalidade epidémica dos anos finais do séc. XVI provocou "razias" desde as costas setentrionais (BENNASSAR, 1969: 10), passando pela Castela interior às costas da Andaluzia (PÉREZ MOREDA, 1979: 180).
- 23 Cf. ANEXO A – Quadros cronológicos III, IV, V e VI das crises de mortalidade.
- 24 Olivença fez parte integrante do território português entre de 1297 e 1801.
- 25 No Interior de Espanha estes anos foram igualmente difíceis e trouxeram com eles esta mesma doença.
- 26 Na Europa ocidental, particularmente em França mas também em Espanha, verificaram-se graves crises de subsistência em 1630, 1648 e 1693 (PEREZ MOREDA, 1980: 308).
- 27 Possivelmente, em sincronia, outras crises de mortalidade locais teriam sido determinadas por idênticos factores. Foram assinaladas pequenas crises de mortalidade entre a população maior de sete anos em Unhão, concelho de Felgueiras, em 1632 e 1659 (SOARES, 1995: 200), em Aveleda, concelho de Braga, em 1669 (SILVA, 1997: 170), em Lordelo, concelho de Guimarães, em 1657 e 1659 (JANEIRO, 1997: 112, 123 e 141-142), em S. Tiago de Bougado, em 1680, 1683 e 1693-1694 (ALVES, 1986: 75) e em Cortegaça, concelho de Ovar, em 1673, 1685 e 1689 (GOMES, 1998: 103-104); entre a população menor de sete anos, Barcelinhos registou pequenas crises de mortalidade em 1686 e 1692, sendo a primeira particularmente funesta para os menores de um ano (FARIA, 1998: 139-144).
- 28 Do Entre Douro e Minho: Romarigães, Pico de Regalados, Cervães, Aveleda, Lordelo, Alvito e anexa, Barcelinhos, Belinho, Unhão e Bougado; da

- Beira Litoral: Cortegaça; de Trás-os-Montes: Calvão, Cardanha, Poiães e Rebordãos (Cf. ANEXO B: Quadro 1. Aproximação comparativa das crises de mortalidade em localidades do Norte do País, no século XVII).
- 29 Cf. ANEXO A – Quadros cronológicos VII. 1, VII. 2, VIII. 1, VIII. 2, IX. 1, IX. 2, X. I, X. 2 e XI das crises de mortalidade.
- 30 PEREZ MOREDA (1980: 330) assinalou para a Espanha Interior uma grave epidemia, em 1704-1705, e que teria afectado os povos da raia com Portugal.
- 31 Para a mesma altura, PEREZ MOREDA (1980: 334) referiu a existência de epidemias e febres do mesmo teor, em Espanha.
- 32 Uma possível causa da sobremortalidade das crianças e jovens poderia ter sido o flagelo das “beixigas” que frequentemente dizimava a população das Ilhas (AMORIM, 1992: 214).
- 33 Em França, na região de Beauvais, ocorreu uma epidemia de varíola entre 1753 e 1759.
- 34 Epidemias infantis, em Torrelaguna, foram afecções contemporâneas (COSME, 1997: 156-163).
- 35 Em Espanha, a causa da elevada mortalidade sobretudo infantil, ocorrida entre 1766 e 1779, foi atribuída à varíola (Santos, 1994: 168-171).
- 36 As crises de mortalidade dos menores de sete anos estão possivelmente relacionadas com epidemias de varíola, embora se careça de informações conclusivas para confirmá-las (AMORIM, 1992: 214).
- 37 Estão neste caso as sobremortalidades que tocaram: a) no seu conjunto, as populações de Aveleda em 1755 (SILVA, 1997: 170-171 e 204), de Bougado, em 1714, 1724, 1731, 1740, 1742-1743, 1745, 1751, 1755, 1775, 1778, 1782, 1785, 1788 e 1799 (ALVES, 1986: 72, 75 e 78), de Conceição de Tavira, em 1787-1788 (PINTO, 1996: 87-88); b) os maiores de sete anos na Facha, em 1754 e 1766 (MACHADO, 1995: 134-135), em Cervães, também em 1766 (BARBOSA, 1997: 103-104), na Aveleda, em 1706 (SILVA, 1997: 161, 169 e 294), em Bougado, em 1701, 1708-1709 e 1712 (ALVES, 1986: 72, 75 e 78), em Unhão, em 1705 e 1771 (SOARES, 1995: 200), em S. Miguel de Barreiros, em 1731, 1746, 1753-1754, 1756, 1765, 1768, 1776 e 1786 (MAIA, 1995: 111-112), em Cortegaça, em 1734, 1743 e 1771 (GOMES, 1998: 103-104); c) os menores de sete anos, na Facha, em 1775 (MACHADO, 1995: 134-135) e em Barcelinhos, em 1754, 1758 e 1760 (FARIA, 1998: 141-144). Ou, então, serão crises de mortalidade “*sem história*” como as detectadas por M. L. PINTO (1993: 296-311) em Castelo Branco em 1715-1716, 1718, 1720-1724, 1726, 1729, 1796 e 1799, por V. TAVARES (1997: 143-145; 1997 a: 342) em Moncorvo, em 1716, 1719, 1724 e 1726, por E. SANTOS (1994: 163-168), em Cuba, em 1764 e 1766.
- 38 De um grupo étnico a outro, podem variar as causas das grandes mortalidades. A mortalidade das crianças, incidindo no Verão e no Outono, poderá estar relacionada com gastroenterites, desenterias, além de que o dano cíclico da varíola era frequente antes da vacinação massiva. Pelos cálculos de V. PEREZ MOREDA (1988), “La población española”, in *Enciclopédia de História de España*, I, entre o século XVII e inícios de século XIX, a varíola seria a *causa mortis* de 15% das crianças falecidas em Espanha (cit. por M. N. AMORIM, 1992: 214, n. 120). A mortalidade adulta, incidindo do Outono à Primavera, poderá estar relacionada com epidemias de tifo ou com problemas pulmonares, muitas vezes associados a carências alimentares.
- 39 Do Entre Douro e Minho: Romarigães, Facha, Pico de Regalados, Cervães, Adaúfe, Aveleda, Lordelo, Alvito e anexa, Barcelinhos, Belinho, Barreiros, Unhão e Bougado; da Beira Litoral: Cortegaça; de Trás-os-Montes: Calvão, Vila Flor, Cardanha, Poiães e Rebordãos (Cf. ANEXO B: Quadro 2. Aproximação comparativa das crises de mortalidade em localidades do Norte do País, no século XVIII).
- 40 Cf. ANEXO A – Quadros cronológicos XII. 1, XII. 2, XIII. 1, XIII. 2, XIV. 1, XIV. 2, XV. 1 e XV. 2 das crises de mortalidade.
- 41 Em Adaúfe foi assinalada uma crise de “extrema gravidade” entre os maiores de sete anos, em 1809 (CARVALHO, 1993: 29-45). Em Aveleda, a população “adulta” foi tocada por pequenas crises de mortalidade em 1805 e 1809, e a população infanto-juvenil, mais acentuadamente, em 1810 (SILVA, 1997: 171 e 204).
- 42 A lacuna dos óbitos de Vila Flor, entre 1816 e 1859, não permitiu que fossem detectadas as prováveis crises de mortalidade desse período (TAVARES, 1998: 153; 155).
- 43 Estas sobremortalidades dos menores de sete anos foram possivelmente devidas aos flagelos das beixigas (AMORIM, 1992: 214, nota 121).
- 44 A cólera inscreve-se num contexto internacional pandémico: sai de Calcutá em 1817, alcança a Pérsia em 1821, atinge Moscovo em 1830, passa a Varsóvia, Berlim, Hamburgo, depois Ilhas Britânicas, donde irradia para fora do Continente, chega a França em 1832 (J. RUFFIÉ e J.-C. SOURNIA, 1995: 133) a Portugal em 1833, expande-se para a Espanha em 1833 e 1834 (PEREZ MOREDA, 1980: 394) e, no ano seguinte, atinge a Itália (L. DEL PANTA, 1980: 227). Entra na Península Ibérica, pela Foz do Porto, em Janeiro de 1833, com o desembarque de mercenários que da Bélgica vinham ajudar as tropas liberais (C. PASSOS, 1935: 203-204). Do Porto, propaga-se a todo o Reino, apresentando o País condições favoráveis para a seu aparecimento, devido à crise económica e guerra civil em que, entretanto, mergulhara.
- 45 Em Adaúfe, foram assinaladas crises de “extrema gravidade” em 1832-1833 (CARVALHO, 1993: 29-45).
- 46 Em Lordelo, data de 1822 o início sistemático dos registos de falecimentos de crianças menores de sete anos de idade (JANEIRO, 1997: 147).
- 47 Em Belinho, o registo contínuo de óbitos de crianças de idade inferior a sete anos, surgiu a partir de 1776 (SARAIVA, 1997: 116).

- 48 Cf. nota 4.
- 49 A população "adulta" de Aveleda foi atingida por uma pequena crise de mortalidade em 1845 (SILVA, 1997: 171 e 204).
- 50 Segunda pandemia de cólera (a mais mortífera, segundo os anais europeus): saída do Índus em 1842, chega a Constantinopla em 1847 e a Vigo em 1853; em 1854, alcança Barcelona, provindo de Marselha, e percorre todo o litoral mediterrâneo (NADAL, 1988: 148-149). Em Portugal, em 1853, é localizada em Valença, a partir do foco da Galiza; seguindo a epidemia ao longo das vias fluviais e da costa, a maior parte das povoações portuguesas são atingidas, em 1855 e 1856 - Guarda, Vila Real, Braga, Viseu, Porto, Aveiro, Figueira da Foz, Coimbra, Faro e Portalegre, Lisboa, Santarém, Leiria, Castelo Branco, Beja - e aporta à Madeira (RODRIGUES, 1995: 259).
- 51 Em Calvão, após 1850, surgiu o assento do falecimento dos menores de sete anos (FAUSTINO, 1997: 76).
- 52 A população "adulta" de Aveleda foi tocada por uma pequena crise de mortalidade em 1865 (SILVA, 1997: 171 e 204).
- 53 Em S. Miguel de Barreiros, os registos de óbitos de menores de sete anos apareceram, sistematicamente, desde 1850 (MAIA, 1995: 99).
- 54 Cf. nota 4.
- 55 Em Adaúfe, o registo metódico de óbitos de menores de sete anos, deu-se a partir de 1860. Nesta paróquia foi assinalada uma crise de mortalidade de "extrema gravidade" em 1872 que teve origem epidémica e afectou particularmente as crianças, cujos óbitos representaram mais de 50% dos óbitos totais, concentrados nos meses de Setembro a Novembro (CARVALHO, 1993: 29-45).
- 56 Cf. nota 4.
- 57 Insere-se na quarta onda de cólera na Europa, entre 1884 e 1886: vinda da Ásia, é registada em França em 1884, em Itália em 1884 e 1885, em Espanha em 1885 (RODRIGUES, 1995: 239).
- 58 Uma epidemia, consequência retardada desta peste, sob a forma de peste pulmonar, teria ainda afectado o Porto em 1904 (MAIA, 1995: 240).
- 59 Como manifestação ainda latente de alguns focos da cólera de 1885 (RODRIGUES, 1995: 244).
- 60 Para os anos 90, a amostra baseou-se nos dados de 4 freguesias, a da vila e três do termo, e não nos das 17 que já constituíam o concelho de Moncorvo em 1890. Vinte e cinco por cento ou mais destas quatro freguesias acusaram "crise "geral" de mortalidade nos anos de 1890, 1892 e 1900 (TAVARES, 1997a: 338-341).
- 61 Não foi possível clarificar a natureza de muitas sobremortalidades detectadas. Estão neste caso as crises de mortalidade assinaladas: a) no conjunto da população de Pico de Regalados em 1870, 1872-1873 e 1877 (ARAÚJO, 1992: 166-221), de S. Tiago de Bougado em 1802-1803, 1821, 1823 e 1827 (ALVES, 1986: 72, 75 e 78), de Campanhã em 1881, 1883, 1886-1890, 1896-1897 e 1899 (RODRIGUES, 1996: 77, 137-145), do Porto em 1881, 1883, 1885-1886, 1889 e 1891 (MAIA, 1993: 40-116; 1995: 238), de Moncorvo em 1851, 1855, 1859, 1864, 1868-1870, 1874-1875 (TAVARES, 1997 a : 338-350), de Vila Flor em 1868-1870 (TAVARES, 1998: 151, 156-161 e 168-169), de Évora em 1863- 1864, 1868 (MENDONÇA, 1996: 85-135) e 1881 (MORAIS, 1998: 104-105), de Selmes em 1814-1815, 1817, 1848, 1854 e 1858 (GODINHO, 1999: 94-97) e de Conceição de Tavira em 1810, 1831, 1834, 1856-1857 (PINTO, 1996: 87-88); b) entre a população "adulta" de Barcelinhos nas décadas de 1810, 1860 e 1880 (FARIA, 1998: 141-143 e 153-154), de Lordelo em 1800 (JANEIRO, 1997: 141-147), de Unhão em 1831 (SOARES, 1995: 200-222), de S. Miguel de Barreiros em 1826, 1840 e 1848 (MAIA, 1995: 111-112 e 118), de Selmes em 1808-1809, 1812, 1830 e 1832 (GODINHO, 1999: 94-97) de Conceição de Tavira em 1806 e 1864 (PINTO, 1996: 87-88) e de Criação Velha em 1891 (MESQUITA, 1995: 163-165); c) entre os "menores de sete anos" da Facha em 1863 e 1897 (MACHADO, 1995: 134-135), de Barcelinhos em 1854, 1858, 1864 e 1866-1871 (FARIA, 1998: 141-143), de Unhão em 1851 e 1869 (SOARES, 1995: 200-222), de Cortegaça em 1896 (GOMES, 1998: 11-13, 95, 101-103 e 127-134), de Selmes em 1802, 1810-1811, 1818, 1826, 1831 e 1843 (GODINHO, 1999: 94-97), de Conceição de Tavira em 1810-1812, 1831-1834, 1858 e 1878-1879 (PINTO, 1996: 87-88) e de Criação Velha em 1860, 1864, 1873, 1879 e 1881 (MESQUITA, 1995: 163-165).
- 62 Do Entre Douro e Minho: Romarigães, Facha, Pico de Regalados, Cervães, Adaúfe, Aveleda, Lordelo, Alvito e anexa, Barcelinhos, Belinho, Barreiros, Unhão, Bougado e Campanhã; da Beira Litoral: Cortegaça; de Trás-os-Montes: Calvão, Vila Flor, Cardanha, Poiares e Rebordãos (Cf. ANEXO B: Quadro 3. Aproximação comparativa das crises de mortalidade em localidades do Norte do País, no século XIX).
- 63 Cf. ANEXO A - Quadro cronológico XVI das crises de mortalidade.
- 64 "(...) *il n'était pas possible de nier l'existence d'une géographie qui ne se réduisit pas aux seuls facteurs locaux, écologiques. (...) Les crises en général (...) présentent une régularité géographique remarquable, par delà les années.*" (Alain BLUM e Arnaud BRINGÉ (1992), "Mortalité locale et générale en France: 1670-1829", in Alain BLUM, Noël BONNEUIL e Didier BLANCHET (eds.) (1992), *Modèles de la démographie historique*, Congrès et Colloques, N.º. 11, INED e PUF, pp. 11-12).
- 65 Cf. E. A. WRIGLEY e R. S. SCHOFIELD (1981), *The Population History of England, 1541-1871. A reconstruction*, Edward Arnold, London, p. 294, citado por R. CASCÃO (1985: 102).
- 66 Crises "larvares" na acepção de J. MEUVRET [1985 (1946): 129-130], P. GOUBERT [1982 (1960): 59], J. DUPÂQUIER (1979a: 107) e G. TAPINOS (1985: 237-239).
- 67 Esta mesma percepção foi manifestada por A. OLIVEIRA (1971, I: 167, 173-175, 178) no estudo efectuado sobre Coimbra, de 1537 a 1640.
- 68 PÉREZ GARCIA (1988: 300) reconhecia, para a Galiza do século XVII, o escasso impacto das crises de mortalidade, que define como "larvares", e a evidência do comportamento diferencial galego

anexos

ANEXO A - QUADROS CRONOLÓGICOS DAS CRISES DE MORTALIDADE
Quadro I
Crises gerais* de mortalidade
Século XVI

Lisboa a)	Oeiras, Cascais, Sintra b)	Alenquer, Aldeia Galega da Merceana c)
1569 (P)		
1579-1580 (P/F/W)		
		1588
	1589 (P)	
	1594-1595 (P)	1593-1594
	1597-1598 (P)	1597-1599
1599 (P)		

F = Fome; P = Peste; W = Guerra.

*Em cada amostra geográfica, anos em que, simultaneamente, pelo menos 25% do total das freguesias com informação foram atingidas por crises de mortalidade, independentemente do grau de intensidade manifestado.

a) RODRIGUES, Teresa Maria Ferreira (1987:213).

b) RUNKEL, Ana Maria Azinheira (1990: 11-116).

c) FERREIRA, Olegário (1989: 143).

Quadro II
Crises locais de mortalidade
Século XVI

Paróquias individualizadas		Paróquias agrupadas		
Cardanha d)	Cuba e)	Guimarães f)	Coimbra g)	Algarve h)
			1557	
			1563	
			1566	
1576		1575	1575-1577 (F)	
			1580-1581 (P)	
			1590-1592 (P)	
			1596-1598	1596-1598
1599	1599 (P)	1599 (P)	1599 (P)	1599 (P)

P = Peste.

d) AMORIM, Maria Norberta Bettencourt (1980: 102).

e) SANTOS, Emília Maria Salvado Borges Ribeiro dos (1994: 75-81).

f) AMORIM, Maria Norberta Simas Bettencourt (1987: 285-290).

g) OLIVEIRA, António (1971: 172-249).

h) MAGALHÃES, Joaquim Romero (1988: 39-42).

Quadro III
Crises gerais* de mortalidade
Século XVII

Lisboa i)	Oeiras, Cascais, Sintra j)	Alenquer k)
		1601
	1610 (F/T)	
1615-1616 (T)		
	1617 (F/T)	1617-1619
1619-1620 (T)		
1622 (T)		
	1627-1633 (F)	
1631-1632 (F)		1631-1633
1636-1637 (F/S)		1636
1642		
		1646-1651
1647-1652 (P/F)		
1658-1659 (T)	1658 (T)	1658-1662
	1660 (T)	
1662-1663	1662 (T)	
	1665 (T)	
1666 (T)		
		1668-1669
		1674-1677
1675-1685 (P)		
	1676 (F)	
		1680-1685
1692-1694 (F)	1693-1695	1693-1695
	1697	1697
1698 (F)		
		1699

F = Fome; P = Peste; S = Varíola; T = Tifo ou febre tifóide.

*Em cada amostra geográfica, anos em que, simultaneamente, pelo menos 25% do total das freguesias com informação foram atingidas por crises de mortalidade, independentemente do grau de intensidade manifestado.

i) RODRIGUES, Teresa Maria Ferreira (1987: 213).

j) RUNKEL, Ana Maria Azinheira (1990: 124-153).

k) FERREIRA, Olegário (1986: 143).

Quadro IV
Crises locais de mortalidade
Século XVII

Paróquias individualizadas									
Bougado l)	Cuba m)	Barrancos n)	Safara n)	Mourão n)	Granja n)	Madalena n)	Oliveira n)	Contenda n)	Brinches n)
							1601-1602		
	1611								
	1614 (T?)						1619-1622		
				1622					
	1624								
	1627			1627					
				1631-1633			1631-1633		
	1632-1633								
							1637-1640		
						1641-1645 (W)	1641-1645 (W)		
				1642-1646 (W)					
							1656		
	1658-1669 (W/F/T)								
				1661					
							1665		
						1665			
							1667		
									1668
									1673
	1674-1681 (T?)								
									1676
	1680								1680-1681 (P)
	1683								
									1685
								1686-1687	
	1691-1699								
1693-1694								1694	
		1694-1695							
							1695-1696		
					1696-1698				
		1697						1697	
			1698						

F = Fome; P = Peste; T = Tifo ou febre tifóide; W = Guerra.

l) ALVES, Jorge Fernandes (1986: 75).

m) SANTOS, Emília Maria Salvado Borges Ribeiro dos (1994: 85-128).

n) COSME, João dos Santos Ramalho (1994: 575-582).

Quadro V
Crises locais de mortalidade dos maiores de sete anos
Século XVII

Paróquias individualizadas									
Romarigães o)	Cervães p)	Aveleda q)	Belinho r)	Lordelo s)	Unhão t)	Cortegeça u)	Cardanha v)	Poiães w)	Rebordãos x)
									1621
									1626
					1632				
									1644
								1648	
				1657 (W)					
1658-1659				1659 (W)	1659				1658-1659
								1659-1660	
1661	1661						1661		
1664									
		1669							
						1673			
			1676						
			1682						
								1683	
1684-1685						1685			
									1686-1687
						1689			
								1696-1697	

W = Guerra.

- o) SANTOS, Carlota Maria Fernandes (1998: 223-226).
 p) BARBOSA, Maria Cecília Ribeiro de Azevedo (1997: 102-103).
 q) SILVA, Maria Manuela Teixeira Ferreira da (1997: 170).
 r) SARAIVA, Manuel da Costa (1997: 118-119).
 s) JANEIRO, José Adriano Soares Guerra (1995: 141).
 t) SOARES, Odete do Carmo Santos (1995: 200).
 u) GOMES, Maria Palmira da Silva (1998: 104).
 v) AMORIM, Norberta (1980: 102).
 w) AMORIM, Norberta Bettencourt (1983-1984: 195-196).
 x) AMORIM, Maria Norberta de Simas Bettencourt (1973: 78-80).

Quadro VI
Crises locais de mortalidade
Século XVII

Paróquias agrupadas					
NE Transmontano y)	Guimarães γ)				
	(Zona urbana)	(Zona Rural)	(Zona Mista)	Coimbra z)	Algarve ba)
				1600-1602 (P)	1601-1602 (P)
				1608	
				1616	
				1622 (F)	1622-1623 (F)
				1626 (F)	
				1630-1632 (T?)	
1631					
	1633				
	1635-1637				
1637					1637
			1644		
	1645-1646	1646	1646		1645-1646 (P)
					1649-1650 (P)
	1657	1657-1659	1656-1657		
1659-1661		1661			
					1663
1664					
		1665-1666			
			1667		1667
	1669				
		1671			
					1677-1687
					1679
		1680			
					1684
1686					
		1691-1692			
					1693
		1694	1694		1694-1696
1696		1696			1697-1699
			1698		

F = Fome; P = Peste; T = Tifo ou febre tifóide.

y) AMORIM, Maria Norberta Simas Bettencourt (1987: 291-301)

z) OLIVEIRA, António (1971: 279-281 e 286).

ba) MAGALHÃES, Joaquim Romero (1988: 39 e 70).

Quadro VII. 1
Crises gerais* de mortalidade
1ª Metade do Século XVIII

Braga bb)	T. Moncorvo bc)	Cova Beira bd)	Idanha Nova be)	C. Branco bf)	Lisboa bg)	Oeiras bh)	Cascais bh)	Sintra bh)
				1700				
			1702				1702 (T?)	
					1703			
1705	1705	1704	1704-1705 (W)	1704-1705 (W)	1705 (W)	1705	1705	1705
1709	1708-1709				1709	1709	1709	1709
1712	1711-1712 (T)		1710		1712			
	1716	1715		1715-1716		1716	1716	1716
			1717		1717 (T?)			
	1719							1719
1722				1720-1724		1721	1722	1722
		1724	1723		1722-1725	1723	1724	1725
	1726			1726		1726		
					1727			
	1729	1729	1728-1729	1729	1729			
1731 (I)	1730-1731	1730	1731		1731			
1734-1735		1735-1736	1734-1736 (T?)	1734-1736	1735	1736		1735
1738-1740	1739			1738-1739	1737-1738	1738		
	1741	1741-1742		1742-1743	1740-1741	1741		1741
1744	1743-1744							
1746					1746			
		1749	1747-1748 (T?)		1748			

I = Gripe; T = Tifo ou febre tifóide; W = Guerra.

*Em cada amostra geográfica, anos em que, simultaneamente, pelo menos 25% do total das freguesias com informação foram atingidas por crises de mortalidade, independentemente do grau de intensidade manifestado.

bb) DAVID, Henrique Manuel Pebre Rodrigues (1992: 164 e 179).

bc) TAVARES, Virgílio António Barbosa (1997: 125).

bd) DIOGO, Helena Isabel Boavida Correia (1992: 95).

be) MOREIRA, Maria João S. Guardado (1992: 116).

bf) PINTO, Maria Luís Rocha (1993: 263-264).

bg) BARATA, Ana Maria dos Santos C. M. Temudo (1988: 85-87).

bh) RUNKEL, Ana Maria Azinheira (1990: 153-200).

Quadro VII. 2
Crises gerais* de mortalidade
2ª Metade do Século XVIII

Braga bb)	T. Moncorvo bc)	Cova Beira bd)	Idanha Nova be)	C. Branco bf)	Lisboa bg)	Oeiras bh)	Cascais bh)	Sintra bh)
	1750	1750	1750 (T?)					
1753-1754		1752-1753	1753 (T?)	1752-1755	1751-1752			
	1756		1755 (T?)		1754-1756 (N C)		1755 (N C)	
	1762 (W)	1760-1763 (W)	1760-1763 (W)	1760-1763 (W)				
1765								
	1766		1766					
	1768							
1769-1770 (T)								
		1771			1770-1773	1773	1773	1773
	1774		1774					
1775					1775			
	1776-1778		1776-1778 (F?/T?)	1777-1778				
1781-1782	1780-1782	1780-1781	1780-1781		1779-1782	1780 (S)	1780 (S)	1780 (S)
1785	1786		1786-1788	1785-1788	1784-1787 (T?)	1785-1786 (T)	1785-1786 (T)	1785-1786 (T)
	1788-1789				1789			
1791-1792 (T?)	1791-1795 (T?)	1792-1795			1793			
1795					1795	1795	1795	1795
1797		1798	1797-1799 (T?)	1796-1799	1798			

N C = Cataclismo Natural; S = Varíola; T = Tifo ou febre tifóide; W = Guerra.

*Em cada amostra geográfica, anos em que, simultaneamente, pelo menos 25% do total das freguesias com informação foram atingidas por crises de mortalidade, independentemente do grau de intensidade manifestado.

bb) DAVID, Henrique Manuel Pebre Rodrigues (1992: 164 e 179).

bc) TAVARES, Virgílio António Barbosa (1997: 125).

bd) DIOGO, Helena Isabel Boavida Correia (1992: 95).

be) MOREIRA, Maria João S. Guardado (1992: 116).

bf) PINTO, Maria Luís Rocha (1993: 263-264).

bg) BARATA, Ana Maria dos Santos C. M. Temudo (1988: 85-87).

bh) RUNKEL, Ana Maria Azinheira (1990: 153-200).

Quadro VIII. 1
Crises locais de mortalidade
1ª Metade do Século XVIII

Paróquias individualizadas									
Bougado bi)	Vila Flor bj)	Cuba bk)	S. João Baptista bl)	Stº. Aleixo bl)	Mourão bl)	Olivença (Matriz) bl)	Stª. Mª. Madalena bl)	Noudar bm)	Barrancos bm)
1701									
	1705-1706	1704-1705 (W/T?)	1704-1705 (W)	1703-1704 (W)	1704-1705 (W)	1704-1705 (W)	1703-1706 (W)		
1708-1709		1708-1714 (F/W)			1707-1708				
	1711								
1712			1712						
				1713					
1714			1714						
				1715			1715		
	1717								
									1718
								1719	
									1721
								1723	
1724									
								1726	
	1727								1727
	1729							1729	
1731		1731-1739							1731 (I?)
								1733	1733-1734
	1735								
								1738	
1740		1741-1744 (S?)						1740-1741	
1742-1743	1742								
1745									
	1747	1747-1749							
	1749							1749	

I = Gripe; S = Varíola; T = Tifo ou febre tifóide; W = Guerra.

bi) ALVES, Jorge Fernandes (1986: 75).

bj) TAVARES, Virgílio (1998: 153).

bk) SANTOS, Emília Maria Salvado Borges Ribeiro dos (1994: 136-181).

bl) COSME, João (1994a: 576-582).

bm) COSME, João (1997: 156).

Quadro VIII. 2
Crises locais de mortalidade
2ª. Metade do século XVIII

Paróquias individualizadas					
Bougado bi)	Vila Flor bj)	Cuba bk)	Noudar bm)	Barrancos bm)	Campanhã bn)
1751	1751				
		1752-1754		1753	
1755	1754-1755		1754		
		1756-1761		1758	
			1761	1760-1761	
		1764-1769			
	1766-1767				
				1769-1771	
	1770-1771	1770-1779			
			1772		
1775					
1778			1778	1778	
	1780	1780-1786		1780-1781	
1782					
				1783	
1785				1785-1789	
			1786		
1788					
		1790	1790		
				1791	
			1792		
	1794-1795	1793-1794			
	1797-1799	1797			1797-1799
1799					

bi) ALVES, Jorge Fernandes (1986: 75).

bk) TAVARES, Virgílio (1998: 153).

bl) SANTOS, Emília Maria Salvado Borges Ribeiro dos (1994: 136-181).

bm) COSME, João (1997: 156).

bn) RODRIGUES, Precília da Conceição Pinto (1996: 75).

Quadro IX. 1
Crises locais de mortalidade dos maiores de sete anos
Século XVIII

Paróquias individualizadas									
Romarições bo)	Facha bp)	Cervães bq)	Adaúfe br)	Aveleda bs)	Alvito bt)	Barcelinhos bu)	Unhão bv)	Barreiros bw)	Cortegaça bx)
						1701			
					1704-1705		1705		
				1706					
		1707							
1730									
								1731	
									1734
					1737				
			1740		1740				
									1743
								1746	
	1754		1754					1753-1754	
				1755					
								1756	
			1762						
								1765	
	1766	1766							
								1768	
			1770						
							1771		1771
			1775						
								1776	
								1786	
1787									
			1797						

bo) SANTOS, Carlota Maria Fernandes (1998: 223-227).

bp) MACHADO, Maria Arminda Loureiro (1995: 135).

bq) BARBOSA, Maria Cecília Ribeiro de Azevedo (1997: 103-104).

br) CARVALHO, Jorge Alberto Brandão Soares de (1993: 45).

bs) SILVA, Maria Mauela Teixeira Ferreira da (1998: 170-171).

bt) MIRANDA, Fernando António da Silva (1993: 204-205).

bu) FARIA, Inês Martins (1998: 141).

bv) SOARES, Odete do Carmo Santos (1995: 200).

bw) MAIA, Rui Leandro Alves da Costa (1995: 112).

bx) GOMES, Maria Palmira da Silva (1998: 104).

Quadro IX. 2
Crises locais de mortalidade dos maiores de sete anos (continuação)
Século XVIII

Paróquias individualizadas				
SelmeV by)	Coçceio de Tavira bz)	Calvno ca)	PoiareV cb)	RebordnoV cc)
				1700
		1705	1705	
			1710-1712	
				1711
		1714		
				1740
			1750	
				1755
	1775			
1779				
	1780		1780	
	1782			
1786				
	1787-1788			
		1788		
1789-1790				
			1793	
	1797			

by) GODINHO, Anabela de Deus Silva (1999: 94).

bz) PINTO, José António de Faria (1996: 87).

ca) FAUSTINO, José Alfredo Paulo (1997: 259 e 267).

cb) AMORIM, Norberta Bettencourt (1983-1984: 195-197).

cc) AMORIM, Maria Norberta de Simas Bettencourt (1973: 80).

Quadro X. 1
Crises locais de mortalidade dos maiores de sete anos
1ª. Metade do Século XVIII

Paróquias agrupadas						
NE Transmontano cd)	Guimarães cd)			Sul do Pico ce)	Aveiro cf)	Algarve cg)
	(Zona urbana)	(Zona Rural)	(Zona Mista)			
1700-1701	1700		1700			1700-1701
	1703	1703				1703-1704
1705	1705	1705	1705-1709			
					1706	
	1707-1709					
		1708				
						1709 (W/F)
1710-1712			1710-1713			
		1711				
					1715	1715-1716
	1718					
				1719		
					1720	
			1721			
					1723-1724	1723
						1725
	1726					
		1727				
		1731 (F)				1731
					1734	1734-1735 (F?)
1736						
	1738-1739					
1740-1741		1740				
	1742	1742			1742 (P?)	
				1746		
1747					1747-1749	

F = Fome; P = Peste; W = Guerra.

cd) AMORIM, Maria Norberta Simas Bettencourt (1987: 300-312).

ce) AMORIM, Maria Norberta (1992: 215).

cf) AMORIM, Inês (1997: 105).

cg) MAGALHÃES, Joaquim Romero (1988: 70-74)

Quadro X. 2
Crises locais de mortalidade dos maiores de sete anos
2ª. Metade do Século XVIII

Paróquias agrupadas						
NE Transmontano cd)	Guimarães cd)			Sul do Pico ce)	Aveiro cf)	Algarve cg)
	(Zona urbana)	(Zona Rural)	(Zona Mista)			
1750						
1755	1755-1756 (T)	1756 (T)	1754-1755 (T)		1756	
						1762
	1763	1763	1763			
					1766	
				1767		
		1769				1769-1770
	1770		1770			
		1771				
1772					1772	
					1776-1777	
1778						
1780					1779-1781	
		1782				
		1784				
1791					1791	
1793-1794						
					1795	
	1796					
		1797				
	1799	1799			1798-1799	

T = Tifo ou febre tifóide.

cd) AMORIM, Maria Norberta Simas Bettencourt (1987: 300-312).

ce) AMORIM, Maria Norberta (1992: 215).

cf) AMORIM, Inês (1997: 105).

cg) MAGALHÃES, Joaquim Romero (1988: 70-74)

Quadro XI

Crises locais de mortalidade dos menores de sete anos
Século XVII-XVIII

Paróquias individualizadas				Paróquias agrupadas
Facha ch)	Barcelos ci)	Selme cj)	Coqueiro de Tavira ck)	SXI do Pico cl)
	1686			
	1692			
	1701			
	1718			
	1727			
				1746 (S?)
	1747			
	1754			
	1758-1760			
				1765 (S?)
1775				
				1778 (S?)
				1782 (S?)
		1786		
			1787	
			1788	
		1799		

S = Varíola

ch) MACHADO, Maria Arminda Loureiro (1995: 134).

ci) FARIA, Inês Martins (1998: 142-143).

cj) GODINHO, Anabela de Deus Silva (1999: 97).

ck) PINTO, José António de Faria (1996: 88).

cl) AMORIM, Maria Norberta (1992: 214).

Quadro XII. 1
Crises gerais* de mortalidade
1ª. Metade do Século XIX

Braga cm)	T. Moncorvo cn)	C. Branco co)	Santarém cp)	Lisboa cq)
1800			1800	
		1802-1803	1803	1801-1803 (S?)
	1804-1805 (T?)			
				1806
1809 (W)	1810-1812 (W)	1809-1811 (W)	1811 (W/T)	1810-1811 (W/T)
		1822	1822	1822-1824
	1823-1828			
		1824-1826	1824	
1825-1833				
			1827	
	1830-1831	1830-1831	1829-1831	
	1833-1834	1834 (C?)	1833-1834 (C)	1833 (C)
				1836-1837
	1839			
	1841			
				1843-1844
1844-1845	1844-1845		1845	
1847-1848 (S)	1847-1851	1847	1847-1849 (T)	1848

C = Cólera; S = Varíola; T = Tifo ou febre tifóide; W = Guerra.

*Em cada amostra geográfica, anos em que, simultaneamente, pelo menos 25% do total das freguesias com informação foram atingidas por crises de mortalidade, independentemente do grau de intensidade manifestado.

cm) DAVID, Henrique Manuel Pebre Rodrigues (1992: 164 e 179).

cn) TAVARES, Virgílio António Barbosa (1997: 125).

TAVARES, Virgílio (1997: 337-338).

co) PINTO, Maria Luís Rocha (1993: 264-265).

cp) ALMEIDA, Maria Irene Pereira de (1998: 104-106).

cq) RODRIGUES, Teresa Maria Ferreira (1993: 432).

Quadro XII. 2
Crises gerais* de mortalidade
2ª. Metade do Século XIX

Braga cm)	T. Moncorvo cn)	C. Branco co)	Santarém cp)	Lisboa cq)	Évora con. cr)	Évora termo cs)
		1850				
				1851 (T)		
1855 (T/C)	1855		1854-1856 (C)	1856-1857 (C)	1855-1857 (F?/C?)	1855-1857
	1859					
1862 (T?)		1862-1866	1862 (T)		1863-1864	1863-1864
1864-1866 (T)	1864					
1868-1870 (S)	1868-1870 (C?)	1868-1869	1868	1867-1868	1868	
1872-1873 (S)			1872 (S?)	1872-1879 (T?)		
		1873-1876 (S)			1873	1873-1874 (S)
	1874-1875					
1876			1876 (S?)			
		1879-1881	1881 (T?/F?)		1881	1881
				1882 (T)		
	1883-1884	1883-1885		1885 (C)	1883-1884 (S)	1883
			1886 (C?)			
				1888-1892		
	1889					
			1890		1890	1890
			1892			
			1894	1894-1896 (I?/C?)		
		1895 (S?)				
			1896			
		1897 (S?)			1897	1897

C = Cólera; F = Fome; I = Gripe; S = Varíola; T = Tifo ou febre tifóide.

*Em cada amostra geográfica, anos em que, simultaneamente, pelo menos 25% do total das freguesias com informação foram atingidas por crises de mortalidade, independentemente do grau de intensidade manifestado.

cm) DAVID, Henrique Manuel Pebre Rodrigues (1992: 164 e 179).

cn) TAVARES, Virgílio António Barbosa (1997: 125).

co) PINTO, Maria Luís Rocha (1993: 264-265).

cp) ALMEIDA, Maria Irene Pereira de (1998: 104-106).

cq) RODRIGUES, Teresa Maria Ferreira (1993: 432).

cr) MENDONÇA, Alice Maria Ferreira (1996: 76).

cs) MORAIS, Maria da Graça C. L. David de (1988: 104).

Quadro XIII. 1
Crises locais de mortalidade
1ª. Metade do Século XIX

Paróquias individualizadas				Paróquias agrupadas	
Bougado (ct)	Campanhã (cu)	Vila Flor (cv)	Figueira da Foz (cw)	Guimarães (rural e urbana) cx)	Aveiro (cy)
	1800				1800
1802-1803		1803			
		1805			
					1806
1808-1809	1809 (W/T)				
1811	1811 (W/T)	1811 (W)	1811 (T)	1810-1811 (T)	
					1815 (S)
1821					
1823	1822-1823		1823-1824 (S)		
1827	1826-1827				
	1829-1830				
1830					
1833 (C)			1833 (C)		
	1839-1843				
			1842 (S)		
1844 (W)					
1847-1849 (W)	1847 (S/T)				

C = Cólera; S = Varíola; T = Tifo ou febre tifóide; W = Guerra.
 ct) ALVES, Jorge Fernandes (1986: 75).
 cu) RODRIGUES, Precília da Conceição Pinto (1996: 75-77).
 cv) TAVARES, Virgílio (1997: 153)
 cw) CASCÃO, Rui (1985: 86 e 97-101).
 cx) AMORIM, Maria Norberta Simas Bettencourt (1987: 315-334).
 cy) AMORIM, Inês (1997: 105).

Quadro XIII. 2
Crises locais de mortalidade
2ª. Metade do Século XIX

Campanhã cu)	Paróquias individualizadas			Paróquias agrupadas
	Vila Flor cv)	Figueira da Foz cw)	Pico de Regalado cz)	Porto da)
1850				
1852				
1854-1855 (C)				
		1856 (C/T)		
1866-1868				
	1868			
	1870		1870	
1873			1872-1873	
1876				
			1877	
1879				
1881	1880-1882			1881
1883				1883
	1884			
				1885-1886
1886-1890 (T)				
	1889			1889
				1891
1893 (S)				189 (S/T)
1896-1897 (S)				1896 (I)
1899				1898-1899 (S; P)

C = Cólera; I = Gripe; P = Peste; S = Varíola; T = Tifo ou febre tifóide.

cu) RODRIGUES, Precília da Conceição Pinto (1996: 75-77).

cv) TAVARES, Virgílio (1998: 153)

cw) CASCÃO, Rui (1985: 86 e 97-101).

cz) ARAÚJO, Maria Marta Lobo de (1992: 166-168).

da) MAIA, José João Maduro (1993: 40; 1995: 238)

Quadro XIV. 1
Crises locais de mortalidade do maior de Vete a QoV
Século XIX

Paróquias individualizadas						
Romarignev db)	Facha dc)	Cervnev dd)	Adaúie de)	Aveleda df)	Alvito dg)	BeliQho dh)
		1803				
				1805		
		1809 (W/T)	1809 (W)	1809 (W)	1809-1813 (W/T)	1809 (W/T)
	1811					1811 (W/T)
			1832-1833			
				1845		
1846						
				1865		
	1873		1872 (S?)			
						1876

S = Varíola; T = Tifo ou febre tifóide; W = Guerra.

db) SANTOS, Carlota Maria Fernandes (1998: 223-228).

dc) MACHADO, Maria Arminda Loureiro (1995: 135-136).

dd) BARBOSA, Maria Cecília Ribeiro de Azevedo (1997: 104-105).

de) CARVALHO, Jorge Alberto Brandão Soares de (1993: 45).

df) SILVA, Maria Mauela Teixeira Ferreira da (1998: 171).

Quadro XIV. 2
Crises locais de mortalidade dos maiores de sete anos (continuação)
Século XIX

Paróquias individualizadas									Paróquias agrupadas
Lordelo di)	Unhão dj)	Barreiros dk)	Cortegaça dl)	Calvão dm)	Poiães dn)	Selmes do)	C. de Tavira dp)	Cr. Velha dq)	Sul do Pico dr)
1800				1800					
					1805				
							1806		
				1809 (W)		1808-1809			
			1811 (T)		1810-1811 (W)		1810	1811	
						1812			
						1814-1815			
								1816	1816
						1817			
		1826							
						1830			
	1831						1831		
							1832		
							1834		
		1840							
		1848					1848		
							1854		
								1856-1857	
							1858		
								1864	
		1868							
									1873
								1891	

T = Tifo ou febre tifóide; W = Guerra.

di) JANEIRO, José Adriano Soares Guerra (1997: 143).

dj) SOARES, Odete do Carmo Santos (1995: 200).

dk) MAIA, Rui Leandro Alves da Costa (1995: 112).

dl) GOMES, Maria Palmira da Silva (1998: 104).

dm) FAUSTINO, José Alfredo Paulo (1997: 259 e 267).

dn) AMORIM, Norberta Bettencourt (1983-1984: 195-197).

do) GODINHO, Anabela de Deus Silva (1999: 94 e 96).

dp) PINTO, José António de Faria (1996: 87).

dq) MESQUITA, Maria Hermínia Morais (1995: 264).

dr) AMORIM, Maria Norberta (1992: 214).

Quadro XV. 1
Crises locais de mortalidade dos menores de sete anos
Século XIX

Paróquias individualizadas								
Facha ds)	Adaúfe dt)	Aveleda du)	Alvito dv)	Barcelinhos dw)	Belinho dx)	Lordelo dy)	Unhão dz)	Barreiros ea)
1809								
		1810						
						1823		
						1825		
					1837			
				1842 (S?)				
							1851	
				1854		1854		
				1858				
								1860
1863								
				1864-1866				
				1868-1871				1868
							1869	
	1872							
1873 (S)								
			1887					
1897								

S = Variola.

ds) MACHADO, Maria Arminda Loureiro (1995: 134).

dt) CARVALHO, Jorge Alberto Brandão Soares de (1993: 45 e 48).

du) SILVA, Maria Manuela Teixeira Ferreira da (1998: 169-170).

dv) MIRANDA, Fernando António da Silva (1993: 203).

dw) FARIA, Inês Martins (1998: 143).

dx) SARAIVA, Manuel da Costa (1997: 115).

dy) JANEIRO, José Adriano Soares Guerra (1997: 147).

dz) SOARES, Odete do Carmo Santos (1995: 202).

ea) MAIA, Rui Leandro Alves da Costa (1995: 110).

Quadro XV. 2
Crises locais de mortalidade dos menores de sete anos (continuação)
Século XIX

Paróquias individualizadas					Paróquias agrupadas
Calvão eb)	Cortegaça ec)	Selmes ed)	Conceição de Tavira ee)	Criação Velha ef)	Sul do Pico eg)
		1802			
		1810-1811	1810-1812	1811	1811 (S?)
		1814-1815		1816 (S?)	1816 (S?)
		1817-1818			
		1826		1826 (S?)	
		1831	1831-1834		
				1836 (S?)	1836 (S?)
		1843			
				1845 (S?)	
		1848			
		1854			
			1856-1858		
1858-1859 (S?)		1858			
				1860	
1863 (S?)					
				1864	1864 (S?)
1865 (S?)					
				1873	1873 (S?)
					1878 (S?)
				1879	
				1881	
	1896				

S = Variola.

eb) FAUSTINO, José Alfredo Paulo (1997: 326-327)

ec) GOMES, Maria Palmira da Silva (1998: 102).

ed) GODINHO, Anabela de Deus Silva (1999: 96).

ee) PINTO, José António de Faria (1996: 88).

ef) MESQUITA, Maria Hermínia Morais (1995: 264).

eg) AMORIM, Maria Norberta (1992: 214).

Quadro XVI
Crises de mortalidade
Primeiras décadas do século XX

Paróquias agrupadas		Paróquias individualizadas					
Lisboa eh)	Porto ei)	Vila Flor ej)	Maiores de 7 anos		Menores de 7 anos	Menores de 7 anos	Maiores de 7 anos
			Facha ek)	Barreiros el)	Lordelo em)	Criação Velha en)	
		1900-1901					
	1901-1902 (S)						
1903							
		1905					
					1909		
						1911	
							1913
	1918 (I/T/S)		1818 (I)	1818 (I)			

I = Gripe; S = Varíola; T = Tifo ou febre tifóide.

- eh) PEREIRA, Herder O Cardoso (1990: 505-508).
 ei) MAIA, José João Maduro (1993: 40; 1995: 238).
 ej) TAVARES, Virgílio (1998: 153).
 ek) MACHADO, Maria Arminda Loureiro (1995: 135 e 137).
 el) MAIA, Rui Leandro Alves da Costa (1995: 111-112).
 em) JANEIRO, José Adriano Soares Guerra (1997: 147).
 en) MESQUITA, Maria Hermínia Morais (1995: 164-166).

Anexo B: Quadro 1. Aproximação comparativa das crises de mortalidade em localidades do Norte do País, no século XVII

		Século XVII												
		1ª metade						2ª metade						
	ALDEIAS	Períodos	A.obs.	A.c/C	%	A.s/C	%	R.	A.obs.	A.c/C	%	A.s/C	%	R.
Minho	Romarigães (1)	1633-1650	17	0	0	17	100	0	50	6	12	44	88.0	13.64
	Pico de Regalados (2)	1606-1699	44	0	0	44	100	0	50	0	0	50	100.0	0.00
	Cervães (3)	1645-1699	5	0	0	5	100	0	50	2	4	48	96.0	4.17
	Aveleda (4)	1600-1699	50	0	0	50	100	0	50	1	2	49	98.0	2.04
	Lordelo (5)	1620-1699	30	0	0	30	100	0	50	2	4	48	96.0	4.17
	Alvito e Anexa (6)	1623-1699	27	0	0	27	100	0	50	0	0	50	100.0	0.00
	Barcelinhos (7)	1655-1699	...	...	...	...	...	...	45	2	4.44	43	95.6	4.65
	Belinho (8)	1632-1699	18	0	0	18	100	0	50	2	4	48	96.0	4.17
Douro Litoral	Unhão (9)	1602-1699	48	1	2.08	47	97.92	2.13	50	1	2	49	98.0	2.04
	Bougado (10)	1680-1699	...	...	...	...	...	...	20	4	20	16	80.00	25
Beira Litoral	Cortegaça (11)	1620-1699	30	0	0	30	100	0	50	3	6	47	94.0	6.38
Trás-os-Montes	Calvão (12)	1680-1699	...	...	...	...	...	...	20	0	0	20	100.0	0.00
	Cardanha (13)	1600-1699	50	0	0	50	100	0	50	1	2	49	98.0	2.04
	Poiães (14)	1634-1699	16	1	6.25	15	93.8	6.67	50	3	6	47	94.0	6.38
	Rebordãos (15)	1609-1699	41	3	7.32	38	92.68	7.89	50	2	4	48	96.0	4.17
<i>TOTAL</i>	<i>Portugal - Norte</i>	<i>1600-1699</i>	<i>376</i>	<i>5</i>	<i>1.33</i>	<i>371</i>	<i>98.67</i>	<i>1.35</i>	<i>685</i>	<i>29</i>	<i>4.23</i>	<i>656</i>	<i>95.8</i>	<i>4.42</i>

Notas: A obs. = anos observados; A c/C = anos com crise; A s/C = anos sem crise; R = rácio

A negro, crises de mortalidade de menores de sete anos.

Fontes: (1) C. Santos (1998: 223-228); (2) M. Araújo (1992: 166-168); (3) M.C. Barbosa (1997:

104-105); (4) M. Silva (1997: 170-171); (5) J. Janeiro (1997: 141-143); (6) F. Miranda (1993: 203-206);

(7) I. Faria (1998: 141-142); (8) M. Saraiva (1997: 118-119; 128-129); (9) O Soares (1995: 200-201); (10) J.Alves (1986:75)

(11) M. Gomes (1998: 101-105); (12) J. Faustino (1997: 259); (13) M. N. Amorim (1980: 101-105);

(14) M. N. Amorim (1983/4: 195-199); (15) M. N. Amorim (1983/4: 195-199).

Anexo B: Quadro 2. Aproximação comparativa das crises de mortalidade em localidades do Norte do País, no século XVIII

		Século XVIII												
		1ª metade							2ª metade					
	ALDEIAS	Período	A.obs.	A.c/C	%	A.s/C	%	R.	A.obs.	A.c/C	%	A.s/C	%	R.
Minho	Romarigães (1)	1700-1799	50	1	2	49	98	2.04	50	1	2	49	98	2.04
	Facha (2)	1745-1799	5	0	0	5	100	0.00	50	3	6	47	94	6.38
	Pico de Regalados (3)	1700-1799	50	1	2	49	98	2.04	50	2	4	48	96	4.17
	Cervães (4)	1700-1799	50	1	2	49	98	2.04	50	2	4	48	96	4.17
	Adaúfe (5)	1736-1799	14	1	7.14	13	92.86	7.69	50	5	10	45	90	11.11
	Aveleda (6)	1700-1799	50	1	2	49	98	2.04	50	1	0	49	98	2.04
	Lordelo (7)	1700-1799	50	0	0	50	100	0.00	50	0	0	50	100	0.00
	Alvito e Anexa (8)	1700-1799	50	2	4	48	96	4.17	50	0	0	50	100	0.00
	Barcelinhos (9)	1700-1799	50	5	10	45	90	11.11	50	2	4	48	96	4.17
	Belinho (10)	1700-1799	50	0	0	50	100	0.00	50	0	0	50	100	0.00
Douro Litoral	Barreiros (11)	1702-1799	48	2	4.17	46	95.83	4.35	50	6	12	44	88	13.64
	Unhão (12)	1700-1799	50	2	4	48	96	4.17	50	1	2	49	98	2.04
Beira Litoral	Bougado (13)	1700-1799	50	11	22.00	39	78.00	28.21	50	8	16	42	84	19.05
	Cortegaça (14)	1700-1799	50	2	4	48	96	4.17	50	1	2	49	98	2.04
Trás-os-Montes	Calvão (15)	1700-1799	50	2	4	48	96	4.17	50	1	2	49	98	2.04
	Vila Flor (16)	1700-1799	50	10	20	40	80	25.00	50	13	26	37	74	35.14
	Cardanha (17)	1700-1799	50		0	50	100	0.00	50		0	50	100	0.00
	Poiares (18)	1700-1799	50	4	8	46	92	8.70	50	3	6	47	94	6.38
	Rebordãos (19)	1700-1799	50	3	6	47	94	6.38	50	1	2	49	98	2.04
TOTAL	<i>Portugal - Norte</i>	<i>1700-1799</i>	<i>867</i>	<i>48</i>	<i>5.54</i>	<i>819</i>	<i>94.46</i>	<i>5.86</i>	<i>950</i>	<i>50</i>	<i>5.26</i>	<i>900</i>	<i>94.7</i>	<i>5.56</i>

Notas: A obs. = anos observados; A c/C = anos com crise; A s/C = anos sem crise; R = rácio

A negro, crises de mortalidade de menores de sete anos.

A negro, em itálico e sublinhado, crises de mortalidade de menores e maiores de sete anos.

Fontes: (1) C. Santos (1998: 223-228); (2) M. Machado (1995: 135-137); M. Araújo (1992: 166-168); (4) M.C. Barbosa (1997:

104-105); (5) J. Carvalho (1993: 44-47); (6) M. Silva (1997: 170-171); (7) J. Janeiro (1997: 141-143); (8) F. Miranda (1993: 203-206);

(9) I. Faria (1998: 141-142); (10) M. Saraiva (1997: 118-119; 128-129); (11) R. Maia (1995: 109-112); (12) O Soares (1995: 200-201);

(13) J. Alves (1986:75); (14) M. Gomes (1998: 101-105); (15) J. Faustino (1997: 259); (16) V. Tavares (1998:165-167);

(17) M. N. Amorim (1980: 101-105); (18) M. N. Amorim (1983/4: 195-199); (19) M. N. Amorim (1983/4: 195-199).

Anexo B: Quadro 3. Aproximação comparativa das crises de mortalidade em localidades do Norte do País, no século XIX

		Século XIX													
		1ª metade							2ª metade						
	ALDEIAS	Período	A.obs.	A.c/C	%	A.s/C	%	R.	A.obs.	A.c/C	%	A.s/C	%	R.	
Minho	Romarigães (1)	1800-1852	50	<u>1</u>	2	49	98	2.04	3	0	0	3	###	0.00	
	Facha (2)	1800-1899	50	<u>2</u>	4	48	96	4.17	50	<u>4</u>	8	46	92.00	8.70	
	Pico de Regalados (3)	1800-1899	50	4	8	46	92	8.70	50	8	16	42	84.00	19.05	
	Cervães (4)	1800-1810	11	2	18.18	9	81.82	22.22	...	...	...	...	...	...
	Adaúfe (5)	1800-1885	50	<u>3</u>	6	47	94	6.38	36	<u>2</u>	5.56	34	94.44	5.88	
	Aveleda (6)	1800-1899	50	3	6	47	94	6.38	50	0	0	50	...	0.00	
	Lordelo (7)	1800-1899	50	1	2	49	98	2.04	50	0	0	50	...	0.00	
	Alvito e Anexa (8)	1800-1899	50	0	0	50	100	0.00	50	<u>1</u>	2	49	98.00	2.04	
	Barcelinhos (9)	1800-1899	50	<u>1</u>	2	49	98	2.04	50	<u>6</u>	12	44	88.00	13.64	
	Belinho (10)	1800-1899	50	1	2	49	98	2.04	50	0	0	50	...	0.00	
Douro Litoral	Barreiros (11)	1800-1899	50	2	4	48	96	4.17	50	<u>3</u>	6	47	94.00	6.38	
	Unhão (12)	1800-1899	50	1	2	49	98	2.04	50	0	0	50	...	0.00	
	Bougado (13)	1800-1849	50	14	28	36	72	38.89	...	...	...	0	...	...
	Campanhã (14)	1800-1900	50	15	30	35	70	42.86	51	<u>21</u>	41.2	30	58.82	70.00	
Beira Litoral	Cortegaça (15)	1800-1899	50	1	2	49	98	2.04	50	<u>1</u>	2	49	98.00	2.04	
Trás-os-Montes	Calvão (16)	1880-1865	50	2	4	48	96	4.17	16	0	0	16	...	0.00	
	Vila Flor (17)	1800-1900	50	3	6	47	94	6.39	51	7	17.7	44	86.27	15.91	
	Cardanha (18)	1800-1899	50	...	0	50	...	0.00	50	...	0	50	...	0.00	
	Poiares (19)	1800-1829	30	3	10	27	90	11.11	...	...	...	0	...	...
	Rebordãos (20)	1800-1899	50	...	0	50	...	0.00	50	...	0	50	...	0.00	
TOTAL	<i>Portugal - Norte e Açores 1800-1899</i>	941	59	6.27	882	93.73	6.69	757	53	7.00	704	93.00	7.54		

Notas: A obs. = anos observados; A c/C = anos com crise; A s/C = anos sem crise; R = rácio

A negro, crises de mortalidade de menores de sete anos.

A negro, em itálico e sublinhado, crises de mortalidade de menores e maiores de sete anos.

Fontes: (1) C. Santos (1998: 223-228); (2) M. Machado (1995: 135-137); M. Araújo (1992: 166-168); (4) M.C. Barbosa (1997: 104-105); (5) J. Carvalho (1993: 44-47); (6) M. Silva (1997: 170-171); (7) J. Janeiro (1997: 141-143); (8) F. Miranda (1993: 203-206);

(9) I. Faria (1998: 141-142); (10) M. Saraiva (1997: 118-119; 128-129); (11) R. Maia (1995: 109-112); (12) O Soares (1995: 200-201);

(13) J. Alves (1986:75); (14) P. Rodrigues (1996:75-77); (15) M. Gomes (1998: 101-105); (16) J. Faustino (1997: 259);

(17) V. Tavares (1998:168-169); (18) M. N. Amorim (1980: 101-105); (19) M. N. Amorim (1983/4: 195-199);

(20) M. N. Amorim (1983/4: 195-199).

bibliografia

- *ALMEIDA, Maria Irene Pereira de (1998), *O Concelho de Santarém no século XIX: dinâmica populacional e crises de mortalidade*, Tese de Mestrado policopiada, U.N.L., Lisboa.
- *ALVES, Jorge Fernandes Alves (1986), *Uma Comunidade Rural do Vale do Ave, S. Tiago de Bougado: 1650-1849 (estudo demográfico)*. Dissertação de Mestrado em História Moderna na Faculdade de Letras do Porto, Porto, policopiado.
- *AMORIM, Inês (1997), "Fazer e desfazer um preconceito: o da mortalidade "excepcional" de Aveiro no século XVIII", *População e Sociedade*, nº 3, CEPFAM – Centro de Estudos de População e Família, Porto, pp. 99-136.
- *AMORIM, Maria Norberta (1973), *Rebordões e a Sua População nos Séculos XVII e XVIII (Estudo Demográfico)*, Dissertação de Licenciatura em História apresentada à Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Imprensa Nacional – Casa da Moeda, Lisboa.
- *AMORIM, Maria Norberta (1980), *Método de Exploração dos Livros de Registos Paroquiais e Cardanha e a Sua População de 1573 a 1800*, Publicações do Centro de Estudos Demográficos, INE, Lisboa.
- *AMORIM, Maria Norberta (1983-1984) "S. Pedro de Poiães e a sua população de 1561 a 1830", *Brigantia*, Bragança.
- *AMORIM, Maria Norberta (1987), *Guimarães de 1580 a 1819. Estudo Demográfico*, INIC, Lisboa.
- AMORIM, Maria Norberta (1991), *Uma Metodologia de Reconstituição de Paróquias*, Universidade do Minho, Braga.
- *AMORIM, Maria Norberta (1992), *Evolução Demográfica de Três Paróquias do Sul do Pico*, Universidade do Minho, Instituto de Estudos Sociais, Braga
- APPLEBY, A. (1979), "Crises of mortality: periodicity, intensity, chronology and geographical extent", in CHARBONNEAU, Hubert e LAROSE, André (eds.) (1979), *The great mortalities: methodological studies of demographic crises in the past*, Ordina Ed., Liège, pp. 283-294.
- APPLEBY, A. (1979), "Discussion", in CHARBONNEAU, Hubert e LAROSE, André (eds.) (1979), *The great mortalities: methodological studies of demographic crises in the past*, Ordina Ed., Liège, pp. 299-310.
- *ARAÚJO, Maria Marta Lobo (1992), *O Pico de Regalados e a sua População 1554-1979*, Dissertação de Mestrado em História da Populações, Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, policopiado.
- ARDIT, Manuel (1995), "Microanálisis demográfico en larga duración: el caso de España", in *Pré-actas do IV Congresso da ADEH, Bilbao/San Sebastian, 20-22 Setembro de 1995*.
- *BARATA, Ana Maria dos Santos Cardoso de Matos Temudo (1988), *As crises de mortalidade em Lisboa no século XVIII*, Tese de Mestrado policopiada, U.N.L., Lisboa.
- *BARBOSA, Maria Cecília Ribeiro de Azevedo (1997), *Cervães 1645-1810. Estudo Demográfico*, Dissertação de Mestrado em História das Populações, Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, policopiado.
- BENNASSAR, Bartolomé (1969), *Recherches sur les grandes épidémies dans le nord de l'Espagne à la fin du XV^e siècle. Problèmes de documentation et de méthode*, SEVPEN, Paris.
- BERNABEU MESTRE, Josep (1991), « Enfermedad y población : Una aproximación crítica a la epidemiología histórica española », in *Revisións en Salud Pública*, 2, pp. 67-88.
- BERNABEU MESTRE, Josep (coord.) (1991), *El Papel de la Mortalidad en la Evolución de la Población Valenciana (Actas del II Congreso de la Asociación de Demografía Histórica, Alicante, abril de 1990, vol. 5)*, Instituto de Cultura Juan Gil Albert, Alicante.
- BERNABEU MESTRE, Josep (1993), «Expresiones diagnósticas y causas de muerte en la Europa pre-industrial: algunas consideraciones historiográficas», in *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XI, 3, pp. 11-21.
- BERNABEU MESTRE, Josep (1995), *Enfermedad y población. Introducción a los problemas y métodos de la epidemiología histórica*, Valência: Seminari d'Estudis sobre la Ciència (Sèrie monografias, 5).
- BIDEAU, Alain (1984), «Mecanismos auto-reguladores de populações tradicionais», in MARCÍLIO, Maria Luísa (dir.), *População e Sociedade – Evolução das Sociedades Pré-Industriais*, Vozes, Petrópolis, pp. 47-68.
- BLUM, Alain e BRINGÉ, Arnaud (1992), "Mortalité locale et générale en France: 1670-1829", in BLUM, Alain, BONNEUIL, Noël e BLANCHET, Didier (eds.), *Modèles de la démographie historique*, Congrès et Colloques, N.º 11, INED e PUF, pp. 11-12.
- BLUM, A., HOUDAILLE, J. e LAMOUCHE, M. (1989), "Éléments sur la mortalité différentielle à la fin du XVIII^e e au début du XIX^e siècle", in *Population*, 1, pp. 25-53.
- BRAUDEL, Fernand (1970), *Civilização Material e Capitalismo, Séculos XV-XVIII*, Tomo I, Edições Cosmos, Lisboa – Rio de Janeiro.
- CABOURDIN, Guy (1988), "Les crises démographique. I - Qu'est-ce qu'une crise?", in DUPÂQUIER, Jacques (dir.) (1988), *Histoire de la Population Française*, PUF, Paris, Vol. 2, pp. 175-192.
- *CARVALHO, Jorge Alberto Brandão Soares de (1993), *Tensões numa Comunidade Rural do Baixo Minho. Adalfe e o Seu Juízo de Paz (1835-1880)*, Dissertação de Mestrado em História das Populações, Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, policopiado.
- *CASCÃO, Rui (1985), "Demografia e Sociedade. A Figueira da Foz na Primeira Metade do Século XIX", in *Revista de História Económica*, nº 15, Sá da Costa, Lisboa, pp. 83-122.
- CASELLI, Graziella (1989), "Transition sanitaire et structure par cause de la mortalité: anciennes et nouvelles causes", in *Annales de Démographie Historique 1989*, pp. 55-77.
- CHARBONNEAU, Hubert (1979), "Avant-Propos", in CHARBONNEAU, Hubert e LAROSE, André (eds.) (1979), *The great mortalities: methodological studies of demographic crises in the past*, Ordina Editions, Liège.
- CHARBONNEAU, Hubert e LAROSE, André (eds.) (1979), *The great mortalities: methodological studies of demographic crises in the past*, Ordina Editions, Liège.
- CORREIA, Fernando da Silva (1938), *Portugal Sanitário (Subsídios para o seu Estudo)*, Ministério do Interior – Direcção Geral de Saúde Pública, Lisboa.
- CORSINI, Carlo A. e VIAZZO, Pier Paolo (eds.) (1993), *The Decline of Infant Mortality in Europe – 1800-1950 – Four National Case Studies*, UNICEF, Istituto Degli Innocenti di Firenze, Florence.
- *COSME, João dos Santos Ramalho (1994), *O Alentejo a Oriente d'Odiana (1600-1640). Política, Sociedade, Economia e Cultura*, Edições Cosmos, Lisboa.
- *COSME, João dos Santos Ramalho (1994 a), *O Além-Guadiana Português. Da Restauração ao Tratado de Utreque (1640-1715). Política, Sociedade, Economia e Cultura*. Dissertação de Doutoramento em História Moderna, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, Lisboa, 2 vols, policopiada.

- *COSME, João (1997), "As crises de mortalidade no concelho de Noudar – Barrancos, no século XVII", *População e Sociedade*, nº 3, CEPFAM – Centro de Estudos de População e Família, Porto, pp. 151-163.
- *DAVID, Henrique Manuel Pebre Rodrigues (1992), *As Crises de Mortalidade no Concelho de Braga (1700-1880)*, 2 vols., Dissertação para Doutoramento em História Moderna e Contemporânea apresentada à Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Porto, policopiado.
- DEL PANTA, Lorenzo (1980), *Le epidemie nella storia demografica italiana (secoli XIV-XIX)*, Loescher Editore, Torino
- DEL PANTA, Lorenzo e LIVI BACCI, Massimo (1977), "Cronologie, intensité et diffusion des crises de mortalité en Italie, 1600-1850", in *Population*, n. spciale, pp. 401-445
- DEL PANTA, Lorenzo e LIVI BACCI, Massimo (1979), "Chronology, intensity and diffusion of mortality in Italy, 1600-1850", in *The great mortalities: methodological studies of demographic crises in the past*, Ordina Ed., Liège, pp. 69-81
- *DIOGO, Helena Isabel Boavida Correia (1992), *As Crises de Mortalidade no Concelho do Fundão, Cova da Beira, século XVIII*, Tese de Mestrado policopiada, U.N.L., Lisboa.
- DUBERT, Isidro (1996), "La mortalité en Galice, 1600-1800", in *Annales de Démographie Historique* 1996, pp. 221-248.
- DUPÂQUIER, Jacques (1979), *La Population Rurale du Bassin Parisien à l'époque de Louis XIV*, Lille, Paris.
- DUPÂQUIER, Jacques (1979a), "L'analyse statistique des crises de mortalité", in CHARBONNEAU, Hubert e LAROSE, André (eds.) (1979), *The great mortalities: methodological studies of demographic crises in the past*, Ordina Ed., Liège, pp. 83-112.
- DUPÂQUIER, Jacques (1979b), "Commentaire", in CHARBONNEAU, Hubert e LAROSE, André (eds.) (1979), *The great mortalities: methodological studies of demographic crises in the past*, Ordina Ed., Liège, pp. 333-344.
- DUPÂQUIER, Jacques (1984), *Pour la Démographie Historique*, PUF, Paris.
- *FARIA, Inês Martins (1998), *Santo André de Barcelinhos. O difícil equilíbrio de uma população, 1606-1910*, Coleção "Monografias", nº 1, NEPS, Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, Guimarães.
- *FAUSTINO, José Alfredo Paulo (1997), *Calvão, uma Paróquia do Alto-Tâmega (1670-1870)*, Dissertação de Mestrado em História das Populações, Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, policopiado.
- *FERREIRA, Olegário (1989), *As crises de Mortalidade nas Antigas Vilas de Alenquer, Aldeia Galega da Merceana e seus Termos nos Séculos XVI-XVII*, Dissertação de Mestrado, dactilografado, F. C. S. H. / U. N. L, Lisboa
- *FIGUEIREDO, Fernando Augusto de (1994), *A Morte na Região de Lisboa de 1900 a 1918*, Tese de Mestrado policopiada, U.N.L., Lisboa.
- FLEURY, Michel e HENRY, Louis (1965), *Nouveau Manuel de Dépouillement et d'Exploitation de l'État Civil Ancien*, INED, Paris.
- FLINN, Michael W. (1989), *El Sistema Demográfico Europeo, 1500-1820*, Editorial Crítica, Barcelona.
- GARDEN, Maurice (1989), "Avant-propos", in *Annales de Démographie Historique* 1989, pp. 7-11.
- *GODINHO, Anabela Silva de Deus (1999), *Comportamentos demográficos de uma freguesia rural do Baixo Alentejo. Selmes (séculos XVIII-XIX)*, Tese de Mestrado policopiada, I.S.C.T.E., Lisboa.
- *GOMES, Maria Palmira da Silva (1998), *Estudo Demográfico de Cortegaça (Ovar) (1583-1975)*, Coleção "Monografias", nº 2, NEPS, Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, Guimarães.
- GOUBERT, Pierre (1982 [1960]), *Beauvais et le Beauvaisis de 1600 a 1730. Contribution à la Histoire Sociale de la France du XVIIe siècle*, E.E.H.S.S.S., Paris.
- IMHOF, Arthur (1979), "Recherches macroregionales sur la mortalité en Europe septentrionale sous l'Ancien Régime", in CHARBONNEAU, Hubert e LAROSE, André (eds.) (1979), *The great mortalities: methodological studies of demographic crises in the past*, Ordina Ed., Liège, pp. 139-152.
- IMHOF, Arthur (1979), "Commentaire", in CHARBONNEAU, Hubert e LAROSE, André (eds.) (1979), *The great mortalities: methodological studies of demographic crises in the past*, Ordina Ed., Liège, pp. 297-299.
- *JANEIRO, José Adriano Soares Guerra (1997), *Gerações Sacrificadas. A População e a Sociedade de S. Tiago de Lordelo, Séculos XVII a XX*. Dissertação de Mestrado em História das Populações, Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, policopiado.
- LEBRUN, F. (1980), *Les crises démographiques en France aux XVIIe et XVIIIe*, Annales (E.S.C.), nº2, Mars-Avril, pp. 205-234.
- LIVI BACCI, Massimo (1978), *La société italienne devant les crises de mortalité*, Dipartimento Statistico, Firenze.
- LIVI BACCI, Massimo (1984), "Crises de mortalidade: definição, métodos de cálculo, análise das consequências", in MARCÍLIO, Maria Luísa (dir.) (1984), *População e Sociedade – Evolução das Sociedades Pré-Industriais*, Vozes, Petrópolis, pp. 69-109.
- *MACHADO, Maria Arminda Loureiro (1995), *S. Miguel da Facha, 1710-1989. Evolução Demográfica de uma Paróquia de Ponte de Lima*, Dissertação de Mestrado em História das Populações, Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, policopiado.
- MACHADO, J. T. Montalvão (s/d), *Como Nascem e Morrem os Portugueses. Estudo Demográfico*.
- *MAGALHÃES, Joaquim Romero (1988), *O Algarve Económico (1600-1773)*. Editorial Estampa, Lisboa.
- *MAIA, José João Maduro (1993), *Flutuações e Declínio da Mortalidade na Cidade do Porto (1870-1902)*, Dissertação de Mestrado em História Moderna e Contemporânea apresentada à Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Porto, policopiado.
- *MAIA, José João Maduro (1995), "Padrões de mortalidade e transição sanitária no Porto (1880-1920)", in *População e Sociedade*, nº. 1, CEPFAM – Centro de Estudos da População e Família, Porto, pp. 233-244.
- *MAIA, Rui Leandro Alves da Costa (1995), *São Miguel de Barreiros e a sua População, 1700-1925. Estudo Demográfico*, Dissertação de Mestrado em História das Populações, Instituto de Ciências Sociais, policopiado.
- *MENDONÇA, Alice Maria Ferreira (1996), *As Crises de Mortalidade no Concelho de Évora na Segunda Metade do Século XIX*, Tese de Mestrado policopiada, U.N.L., Lisboa.
- *MENDONÇA, Alice (2000), *Crises de mortalidade no concelho de Évora (1850-1900)*, Edições Cosmos, Lisboa.
- *MESQUITA, Maria Hermínia Morais (1995), *Evolução Demográfica na Criação Velha, Paróquia do Sul do Pico, 1801-1993*, Dissertação de Mestrado em História das Populações, Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, policopiado.
- MEUVRET, Jean (1985 [1946]), "Les crises de subsistance et la démographie de la France d'Ancien Régime", in LE

- BRAS, Hervé (apr.) (1985), *Population*, Col. Pluriel, INED et Hachette, Paris, pp. 121-130 .
- *MIRANDA, Fernando António da Silva (1993), *Estudo Demográfico de Alvito S. Pedro e Anexa, 1567-1989*, Junta de Freguesia de Alvito S. Pedro, Barcelos.
- *MORAIS, Maria da Graça Cardoso Luís David de (1988), *A mortalidade nas freguesias do termo da cidade de Évora na Segunda metade do século XIX*, Tese de Mestrado policopiada, U.N.L., Lisboa.
- *MOREIRA, Maria João da Silva Guardado (1992), *As Crises de Mortalidade no Concelho de Idanha-a-Nova, século XVIII*, Tese de Mestrado policopiada, U.N.L., Lisboa.
- *MOREIRA, Maria João Guardado Moreira (1994), *Vida e Mor-te no Concelho de Idanha-a-Nova. Estudo de Demografia Histórica - Século XVIII*, Livros Horizonte, Lisboa.
- NADAL, Jordi (1988), *La población española (siglos XVI a XX)*, 3ª Ed, Edición corregida y aumentada, Editorial Ariel, Barcelona.
- *OLIVEIRA António de (1971), *A vida económica e social de Coimbra de 1537 a 1640*, vol. I, Coimbra.
- PALLONI, Alberto (1988), "Les mortalité de crise: leur estimation, leurs conséquences", in VALLIN, Jacques, D'SOUZA, Stan e PALLONI, Alberto (eds.) (1988), *Mesure et Analyse de la Mortalité. Nouvelles Approches*, Travaux et Documents, Cahier nº. 119, INED, UIESP e PUF, pp. 215-224.
- PASSOS, Carlos (1935), "Regência e reinado de D. Miguel", in Damião PERES (dir.) *História de Portugal, Edição Monumental do 8º Centenário da Fundação da Nacionalidade*, Vol. VII., Portucalense Editora, Barcelos, pp. 203-204.
- *PEREIRA, Helder O. Cardoso (1990), *Análise Aprofundada da Mortalidade na Zona Ocidental de Lisboa no Início do Século*, Tese de Mestrado policopiada, U.N.L., Lisboa.
- PÉREZ GARCIA, José Manuel (1988), "Estado de los estudios demográficos en Galicia (siglos XVI-XVIII)", in PÉREZ MOREDA, Vicente e REHER, David-Sven (dir.) (1988), *Demografía Histórica en España*, Ediciones El Arquero, Madrid, pp.297-304.
- PÉREZ MOREDA, Vicente (1979), "The intensity of the mortality crises in Spain: an outline of their regional differences over time", in CHARBONNEAU, Hubert e LAROSE, André (eds.) (1979), *The great mortalities: methodological studies of demographic crises in the past*, Ordina Ed., Liège, pp. 179-198.
- PÉREZ MOREDA, Vicente (1980), *Las Crisis de Mortalidad en la España Interior, Siglos XVI-XIX*, Siglo Veintiuno, Madrid.
- PERRENOUD, Alfred (1989), "Atténuation des crises et déclin de la mortalité", in *Annales de Démographie Historique* 1989, pp. 13-29.
- *PINTO, José António de Faria (1996), *Estudo Demográfico De Uma Paróquia Algarvia: Conceição de Tavira (Séculos XVIII-XIX)*, Tese de Mestrado policopiada, I.S.C.T.E., Lisboa.
- *PINTO, Maria Luís Rocha (1993), *Crises de Mortalidade e Dinâmica Populacional nos séculos XVIII e XIX na Região de Castelo Branco*, Tese de Doutoramento policopiada, U.N.L., Lisboa.
- POUSSOU, Jean Pierre e GUILLAUME, Pierre (1970), *Démographie Historique*, Armand Collin, Paris
- *RODRIGUES, Precília da Conceição Pinto (1996), *As Crises de Mortalidade na Freguesia de Campanhã (1790-1900)*, Dissertação de Mestrado em História Moderna e Contemporânea apresentada à Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Porto, policopiado.
- *RODRIGUES, Teresa Maria Ferreira (1987), *As Crises de Mortalidade em Lisboa: séculos XVI e XVII*, Tese de Mestrado policopiada, U.N.L., Lisboa.
- *RODRIGUES, Teresa (1990), *Crises de Mortalidade em Lisboa. Séculos XVI e XVII*, Livros Horizonte, Lisboa.
- *RODRIGUES, Teresa Maria Ferreira (1993), *Lisboa no século XIX, Dinâmica Populacional e Crises de Mortalidade*, Tese de Doutoramento policopiada, U.N.L., Lisboa.
- *RODRIGUES, Teresa (1995), *Nascer e Morrer na Lisboa Oitocentista. Migrações, mortalidade e desenvolvimento*, Edições Cosmos, Lisboa.
- RUFFIÉ, J. e SOURNIA, J.-C. (1995), *Les Épidémies dans l'Histoire de l'Homme. De la Peste au Sida*, Col. Champs, Flammarion, Paris.
- *RUNKEL, Ana Maria Azinheira (1990), *Crises de Mortalidade em Oeiras, Cascais e Sintra nos séculos XVI a XVIII*, Tese de Mestrado policopiada, U.N.L., Lisboa.
- *SANTOS, Carlota Maria Fernandes (1998), *S. Tiago de Romarigães, Comunidade Rural do Alto Minho: Sociedade e Demografia (1640-1872)*, Dissertação de Mestrado em História da Colonização e Migrações: Portugal-Brasil, Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, policopiado.
- *SANTOS, Emília Maria Salvado Borges Ribeiro dos (1994), *Crises de Mortalidade no Alentejo Interior. Estudo de Um Caso: Cuba (1586-1799)*, Memória de Pós-Graduação policopiada, F.L.U.L, Lisboa.
- *SARAIVA, Manuel da Costa (1997), *Igreja e Comunidade. O Caso de Belinho entre os Séculos XVII e Início do XX*, Dissertação de Mestrado em História das Populações, Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, policopiado.
- SCHOFIELD, R. e REHER, D. (1994), "El descenso de la mortalidad en Europa", *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XII - 1, pp. 9-32.
- SCHOFIELD, R., REHER, D. e BIDEAU, A (eds.) (1991), *The Decline of Mortality in Europe*, Col. International Studies in Demography, Clarendon Press, Oxford.
- *SILVA, Maria Manuel Teixeira Ferreira (1997), *Comportamentos Demográficos de uma Paróquia do Concelho de Braga. Santa Maria de Aveleda, 1580-1993*, Dissertação de Mestrado em História das Populações, Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, policopiado.
- *SOARES, Odete do Carmo Santos (1995), *Unhão: Paróquia e Concelho. Uma Análise Histórica da Sua População, 1515-1910*, Dissertação de Mestrado em História das Populações, Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, policopiado.
- SOGNER, Solvi (1979), "Nature and dynamics of crises including recent crises in developing countries", in CHARBONNEAU, Hubert e LAROSE, André (eds.) (1979), *The great mortalities: methodological studies of demographic crises in the past*, Ordina Ed., Liège, pp. 311-331.
- SOUSA, Fernando Alberto Pereira (1979), *A População Portuguesa nos Inícios do Século XIX*, 2 vols., Dissertação de Doutoramento em História Moderna e Contemporânea apresentada à Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Porto, policopiado.
- TAPINOS, Georges (1985), *Éléments de Démographie. Analyse, déterminants socio-économiques et histoire des populations*, Armand Collin, Paris.
- *TAVARES, Virgílio (1997a), "As Crises de Mortalidade - O caso de Moncorvo", *População e Sociedade*, nº 3, CEPFAM - Centro de Estudos da População e Família, Porto, pp. 335-355.
- *TAVARES, Virgílio (1998), "As Crises de Mortalidade numa

Comunidade Transmontana. Vila Flor (1700-1900)", *População e Sociedade*, nº 4, CEPFAM – Centro de Estudos da População e Família, Porto, pp. 145-173.

*TAVARES, Virgílio António Barbosa (1997), *Crises de Mortalidade no Concelho de Torre de Moncorvo, 1700-1850*, 2 vols., Dissertação de Mestrado em História Moderna, Universidade do Porto, Faculdade de Letras, Porto, policopiado.

VALLIN, Jacques (1989), "La mortalité en Europe de 1720 à 1914: tendances à long terme et changements de structure par sexe et par âge ", in *Annales de Démographie Historique 1989*, Paris, pp. 31-54.

WRIGLEY, E. A. (1985), *Historia y Población – Introducción a la demografía histórica*, Ed. Crítica, Barcelona.

Nota: O asterisco (*) identifica os trabalhos seleccionados para o estudo das crises de mortalidade em Portugal.