



4.^a Secção
**História e Geografia
das Populações**

**IV Congresso
Histórico de
Guimarães**

*Do Absolutismo
ao Liberalismo*

2009

**ficha técnica**

Título
IV Congresso Histórico de Guimarães
Do Absolutismo ao Liberalismo

Volume IV
4.ª Secção - História e Geografia das Populações

Edição
Câmara Municipal de Guimarães

Coordenação técnica
Prof.ª Doutora Norberta Amorim
Dr.ª Isabel Pinho
Dr.ª Carla Passos

Fotografia
Paulo Pacheco

Design gráfico
Maria Alexandre Neves

Tiragem
300 exemplares

Data de saída
31 de Março de 2009

ISBN (Obra completa)
978-972-8050-36-8

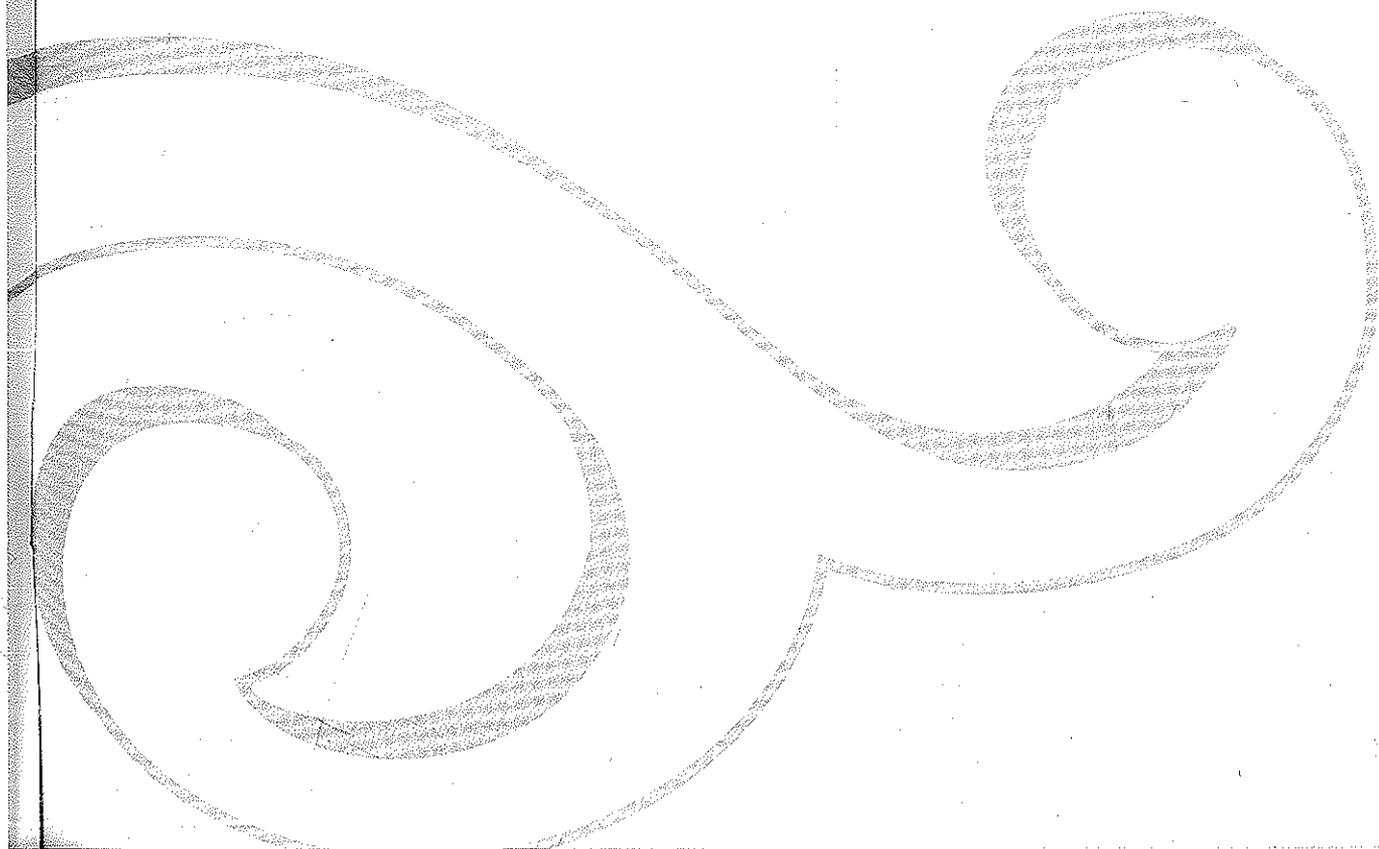
ISBN (vol. IV)
978-972-8050-33-7

Depósito Legal
209515/09

Execução gráfica
Barbosa & Xavier, Lda - Artes Gráficas
Braga

**Mortalidade reprodutiva feminina numa comunidade
do Baixo Minho (Esporões, séculos XVII-XX)***

Maria Hermínia Vieira Barbosa
Núcleo de Estudos de População e Sociedade, Universidade do Minho





*Trabalho realizado no âmbito do Projecto aprovado e financiado pela FCT (POCI/HAR/60940/2004)



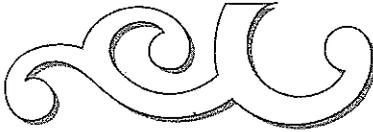
Resumo

Objectivo: Estimar, aproximadamente, a mortalidade feminina em idades de procriação na comunidade de Esporões e suas implicações familiares.

Metodologias: Aplicou-se a “Metodologia de Reconstituição de Paróquias” de M. Norberta Amorim (1991) aos dados recolhidos. Centrou-se a base da pesquisa nas famílias de Tipos 1 e 5. Dada a complexidade inerente ao cálculo da mortalidade materna, utilizaram-se as propostas de Hector Gutierrez e Jacques Houdaille (1983) e ampliou-se o campo de observação à duração de exposição ao risco de morrer após o parto.

A grelha de análise teve em conta as consequências demográficas do óbito materno no seio familiar, verificadas tanto na sobrevivência dos filhos menores como no estatuto de viuvez ou recasamento do companheiro.

Palavras-chave: mortalidade materna, mortalidade materna tardia, coeficiente de mortalidade materna, taxa de mortalidade materna.



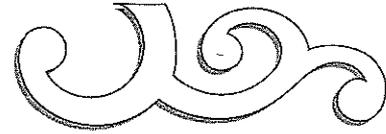
1. Introdução, conceitos e definições

“Dar à luz” com toda a segurança é hoje uma das dimensões da “saúde reprodutiva” principalmente nos países mais desenvolvidos, onde é quase universal o acesso aos cuidados de qualidade durante a gravidez e o parto, de medicamentos e de processos cirúrgicos desprovidos de perigo. À escala mundial, a mortalidade materna é o indicador de saúde que manifesta as maiores disparidades. Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2004, era ainda 20 vezes mais elevada nos países em desenvolvimento (Khlat e Guillaume 2005). É não só um indicador das diferenças nos acessos às infra-estruturas médico-sanitárias como também um indicador da discriminação social que as mulheres sofrem no decurso das suas vidas. A mortalidade materna tem assim uma dimensão sociológica, um problema mais geral da condição da mulher, ligada às práticas sociais e culturais geradoras de situações adversas de pobreza, de subalimentação, de desgaste antecipado pela sobrecarga de trabalho doméstico e profissional, cuidado dos filhos e maior exposição aos riscos de contágio de doenças infantis como a rubéola, mas sobretudo à infecção puerperal devido às más condições dos partos bem como à ignorância das leis de assepsia (Perrenoud 1981: 89-141; Bardet 1983: 367). Nos países industrializados, a mortalidade materna é hoje um fenómeno raro.

O estudo da mortalidade materna envolve alguma complexidade por razões conceptuais e práticas. Para as resolver, têm sido avançadas duas abordagens distintas para identificar o óbito materno e, portanto, com implicações na medida da mortalidade materna: (i) a causa médica do óbito e (ii) o tempo de risco.

(i) A causa médica do óbito que o identifica como óbito materno.

A indicação da causa médica certificada, praticamente inexistente no passado, ainda hoje, nos países mais desenvolvidos, aparece sub-registada ou erroneamente classificada, o que não permite avaliar com segurança a real extensão do problema (WHO 2004). Se não há dúvida em considerar como causa de óbito materno as patologias atribuíveis à gravidez e ao parto, “causas obstétricas directas”, casos de eclampsia, distocia, hemorragia e septicemia puerperal, já será mais incerto distinguir os óbitos maternos em patologias diferidas, “causas indirectas de óbito materno”, agravadas pela gravidez, em certas doenças crónicas como a diabetes, as doenças cardiovasculares, ou desenvolvidas durante a gravidez porque em situação de maior susceptibilidade à infecção, casos de paludismo, tuberculose, sarampo, HIV, AIDS (Khlat e Ronsmans 2000: 300).



(ii) O tempo de risco de morte relacionada com a gravidez.

O tempo de risco é medido como o risco de morrer uma vez a mulher tornada grávida, e a probabilidade de morrer como um resultado das gravidezes acumuladas ao longo dos anos reprodutivos.

Tendo por base esta “exposição ao risco” durante a gravidez, o parto e o *postpartum* como um período agravante na vida das mulheres em idade fértil, várias definições têm sido apresentadas para assinalá-lo como “óbito ligado à maternidade”: (a) o óbito consecutivo ao parto num intervalo de 30 dias (Perrenoud 1981: 89-104); (b) o óbito de uma mulher enquanto grávida ou dentro dos 42 dias após o término da gravidez (Imhof, 1981: 81-87; Federação Internacional de Ginecologia; WHO 1992); (c) o óbito de uma mulher no intervalo de 60 dias após o parto, um intervalo de tempo retido por grande parte dos historiadores demógrafos para a observação da mortalidade materna (Bardet e outros 1981: 31-48, Bardet 1983: 364-367; Bideau, 1891: 49-66; Gutierrez e Houdaille 1983: 975-994); (d) o óbito em período de gestação e num período puerperal de 90 dias, compensando assim, segundo os seus definidores, os óbitos muito provavelmente subestimados resultantes de abortamentos (legais ou clandestinos), nados-mortos, perdas fetais (Ardi Lucas 1991: 123-124; Khlat e Ronsmans 2000: 301); (e) qualquer que seja a causa de morte, o óbito da mulher grávida ou em pós-parto com a duração ampliada até 1 ano, introduzindo-se assim o “conceito de mortalidade materna tardia”, ao reconhecer-se a dimensão sociológica da mortalidade materna, pela inclusão dos óbitos acidentais e ocorridos na sequência de violências, e os avanços nos conhecimentos da medicina e da epidemiologia (Khlat e Guillaume 2005); (f) o óbito da mulher casada em idade reprodutiva, cujo falecimento se situou entre os 12 e 36 meses após o casamento ou após o nascimento de uma criança, excluindo-se, porém, este nível máximo de risco presumível no caso do registo de óbito indicar a causa de morte ou a morte ter ocorrido em período de epidemia (Charbonneau, Guillemette e Lègaré 1987: 139).

Em resumo, na ausência de causas obstétricas de óbito, parecem ter ficado resolvidas as questões de “definição convencional” ou “definição presumível” de “óbito ligado à maternidade”.

Mas outro problema se põe também com implicações na medição da mortalidade materna: a questão do denominador da relação com o “óbito materno”. As estatísticas de saúde internacionais (WHO, UNICEF, UNFPA 2004) apresentam dois denominadores – a “população exposta ao risco” e os “nascimentos” – e definem, conseqüentemente, duas designações para



os indicadores de mortalidade materna - “taxa de mortalidade materna¹ e “coeficiente de mortalidade materna”².

A maior parte dos autores utiliza como denominador da relação com o “óbito materno” os nascimentos, pelo que o indicador mais comunmente usado de mortalidade materna é, de facto, o “coeficiente de mortalidade materna”.

Em Demografia Histórica o problema do denominador, nascimentos ou partos, consoante os casos, na estimativa deste tipo de mortalidade apresenta dificuldades acrescidas, uma vez que não é possível seguir todos os agregados familiares até à ruptura das uniões³.

2. A mortalidade materna numa aldeia do Baixo Minho

Aprofundámos a análise desta variável demográfica numa escala muito reduzida, a da comunidade de Esporões, no coração do Baixo Minho (Portugal). Trata-se de uma aldeia situada a cerca de 5 kms da cidade de Braga. A população aqui residente aumentou sempre muito lentamente: apenas na década de 1951-1960 registou a maior taxa de crescimento da sua história (3.11%). Em 2001, apresentava uma população de 1846 habitantes.

¹ A “taxa de mortalidade materna” (*maternal mortality rate*) relaciona os óbitos maternos com a população em risco. Refere o número de óbitos maternos num dado período por 100.000 mulheres em idade reprodutiva, usualmente definida como idades entre os 15 e os 44 anos ou entre os 15 e os 49 anos. Este indicador reflecte a frequência com que as mulheres são expostas ao risco através da fecundidade: leva em conta não só o risco para a mulher de se tornar grávida como também o risco de morrer por razões relacionadas com complicações maternas durante a gravidez.

² O “coeficiente de mortalidade materna” (*maternal mortality ratio*) mede o risco de morrer de uma mulher uma vez tornada grávida. Expressa-se como o número de óbitos maternos por 100.000 nascimentos vivos. É muitas vezes confundido com “taxa de mortalidade materna”.

³ Daí que tenha havido diferentes opções: J.-P. Bardet (1983: 364-368) utilizou as fichas MF e MO; H. Gutierrez e J. Houdaille (1983: 975-993) trabalharam sobre todos os tipos de fichas incluindo as famílias com filhos ilegítimos; A. Bideau (1981: 49-66) serviu-se das fichas MF e EF; A.E. Imhof (1981: 81-87) usou somente as fichas MF. Nota: F (fichas fechadas); M (com data de casamento); O (fichas abertas); E (sem data de casamento).



2.1. Dados e métodos

A base de dados da paróquia de Esporões (1580-1993), foi organizada a partir da exploração dos registos vitais paroquiais e civis⁴, cruzados e em encadeamento genealógico, seguindo a “metodologia de reconstituição de paróquias” (Amorim 1991). Tendo em conta os objectivos da análise presente, seleccionámos uma amostra constituída pelas famílias mais estáveis, com uma história genésica acabada, entre 1630-1992. Trabalhámos sobre duas categorias de fichas de família, classificadas de acordo com a metodologia de N. Amorim (1991): 371 famílias de Tipo 1 (famílias em que são conhecidas as datas de nascimento da mulher, de casamento, de baptismo de todos os filhos e de óbito do primeiro cônjuge falecido) e 61 famílias de Tipo 5 (famílias em que são conhecidas as datas de nascimento da mulher, de baptismo dos filhos e de óbito do primeiro cônjuge falecido, mas não é conhecida a data de casamento). Nestas 432 famílias registaram-se 2373 partos.

Os diferentes períodos para a análise da mortalidade materna foram limitados não só pelas datas de nascimento e de óbito da mãe casada, pela duração da sua vida genésica, pelas datas de nascimento dos filhos como também pelos períodos de sub-registo de óbitos infantis⁵. Explorámos os óbitos da mulher casada em idade fértil, em diferentes situações obstétricas, como se apresentam no Quadro I.

Quadro I
Situação obstétrica da mulher (Esporões, 1630-1992)

Períodos	Tipo de Fam.	Nascimentos	Óbitos maternos									
			Parto	Tempo de risco convencional				Tempo de risco presumível				
				Puerpério		Puerpério tardio	Após o último parto		Após o casamento			
< 43d	< 61d	< 91d	43d a 364d	1 a 2 A	2 a 3 A	< 1ano	1 a 2 A	2 a 3 A				
1630-1719	1	428	1	3	4	5	4	2	3	1	0	0
	5	17	0	0	0	0	0	0	0	...	...	...
1720-1809	1	490	3 (**)	5	7	7	2	4	1	1	2	2
	5	19	0	1	1	1	0	0	1	...	...	...
1810-1899	1	617	1	2	2	2	4	2	5	0	0	0
	5	137	0	1	1	1	1	0	0	...	...	...
1630-1900		1708	5	12	15	16	11	8	10	2	2	2
1900-1992	1	501	4 (###)	2	2	2	3	3	3	1	0	0
	5	164	1 (°)	1	1	1	0	2	1	...	...	...
		665	5	3	3	3	3	5	4	1	0	0

Nota: (*) uma morte em parto sem registo de nascimento; (#) uma morte em parto de nado-morto; (°) uma morte em parto de feto morto

⁴ A informação recolhida nos certificados médicos arquivados no Registo Civil de Braga permitiu-nos conhecer com alguma segurança as causas de óbito de algumas destas mães.

⁵ Na paróquia de Esporões, os óbitos de menores foram sub-registados de 1720 a 1805 e de 1840 a 1849.

O ciclo gravídico-puerperal é um período de exposição ao risco na vida das mulheres pelo que, na ausência de registos fiáveis das causas médicas de óbito, para contornar o problema e fazer uma “aproximação” à medição do fenómeno, aplicámos as sugestões de Bardet (1981: 41-42), Charbonneau e outros (1987: 139) e Ardit Lucas (1991: 123-124).

Distribuídos os óbitos maternos em intervalos crescentes, verificámos que a maior parte dos óbitos, como seria de esperar, aconteceram próximo do parto.

2.2. Mortalidade materna observada e corrigida

Começámos por estimar a mortalidade materna observada, com base nos elementos do Quadro I e de acordo com as definições atrás sugeridas, calculando os coeficientes de mortalidade materna e resumindo em dois períodos, antes e depois do século XX.

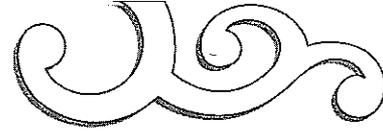
Quadro II

Mortalidade materna (Esporões, 1630-1992)

Períodos	Tempo de risco convencional			Tempo de risco presumível		
	<43d	<61d	43d a 364d	<1 A	<2 A	<3 A
1630-1899	10	11,7	6,4	17,6	23,4	30,4
1900-1992	12	12	4,5	18	25,6	31,6

Na pequena aldeia de Esporões “dar à luz” não parece ter sido um acontecimento muito trágico mesmo no passado: para um “tempo de risco” sucessivamente alargado apenas 1% a 2% dos partos teriam provocado a morte da progenitora.

Como a maior parte dos historiadores demógrafos têm retido o “tempo de risco” de morte materna nos 60 dias após o parto, concentrámos as observações neste intervalo. Naturalmente que os óbitos das parturientes surgidos na sequência de partos falsos escaparam ao registo,



bem como os nascimentos resultantes de um parto difícil⁶. Tendo em conta este facto, seguimos a correcção proposta por G. Gutierrez e J. Houdaille (1983: 989-991)⁷ e confrontámos as medidas da mortalidade materna e da mortalidade infantil na comunidade de Esporões⁸.

Quadro III
Mortalidade materna e mortalidade infantil (Esporões)
(por 1000 nascimentos)

Períodos	Nascimentos	Óbitos*	Mortalidade materna		Mortalidade infantil	
			Observada	Corrigida	Observada	Corrigida
1630-1899	1708	20	11,7	14,6		
1590-1719					138	163
1810-1899					132	157
1900-1992	665	8	12	12		
1990-1949					117	142
1950-1989					46	74

Nota: * Óbitos maternos no intervalo de 0 a 60 dias após o parto.

Trata-se de uma observação alargada à área da saúde materno-infantil, pois que o desenvolvimento fetal, as malformações, as infecções adquiridas durante o parto, os tétanos e outras, estão intimamente conexos entre os dois seres. Os factores de sensibilidade são comuns: condições socioeconómicas, acesso às infra-estruturas médico-sanitárias, níveis de nutrição/alimentação, doenças infecciosas e parasitárias. Apesar do pequeno tamanho da amostra, parece detectar-se o caminho descendente das respectivas taxas ao longo do tempo, como já aprofundámos em estudo anterior sobre a mortalidade infantil⁹. A uma mortalidade materna da ordem dos 14.6‰, antes de 1900, corresponderia uma taxa de mortalidade infantil entre os 163‰ e 157‰, para no século XX, a mortalidade materna descer para 12‰ e a mortalidade

⁶ O óbito duma puérpera de uma criança nascida morta não registada no livro de baptismos nem no de óbitos não pode ser identificado como caso de mortalidade materna.

⁷ Para aplicar esta correcção, é necessário ter em conta os procedimentos seguintes: (a) retirar da amostra o número registado de crianças “ensopçadas”, isto é, baptizadas à pressa em casa e mortas antes da cerimónia do baptismo (também designadas “baptizadas de emergência mortas (b.e.m)” ou “ondoyés décédés”, na denominação original) e substituí-lo por 3% dos nascimentos, proporção aproximada do sub-registo daquelas crianças; (b) admitir uma mortalidade materna de 0.1 (100 por 1000) após o nascimento de uma criança baptizada de emergência morta. A mortalidade materna corrigida obtém-se aplicando a fórmula $[(D+N*0,03*0,1)/N]*1000$, em que N = número de nascimentos com 3% de b.e.m; D = número de óbitos maternos consecutivos ao nascimento de um b.e.m.

⁸ Não são rigorosamente comparáveis as estimações das mortalidades materna e infantil: a avaliação da mortalidade infantil teve em conta todas as crianças nascidas e falecidas em Esporões, enquanto a da mortalidade materna fez-se com base nas fichas Tipo 1 e 5 e para um intervalo de 60 dias após o parto.

⁹ Ver M.H.V. Barbosa (1998: 21-53).

infantil dos 142‰ na 1ª metade da centúria para 74‰ na 2.ª metade. Para a evolução positiva destes dois indicadores de mortalidade¹⁰, lembremos a influência exercida pelo aumento do número de partos em estabelecimentos de saúde.

Observemos as diferenças na mortalidade materna observada em diversos locais da Europa, em dois tempos distintos: um anterior ao século XX (Quadro IV) e outro posterior à II Guerra Mundial (Quadros V e VI). As observações conhecidas são ainda bastante escassas.

Quadro IV
Mortalidade Materna
(por 1000 nascimentos)

Períodos	Locais					
	França	Inglaterra	Suécia	Vexin francês	Aldeia de Mogneneins	Aldeias Alemãs
1550-1599		9,3				
1650-1699		15,7				10
1660-1814					23,6	
1700-1749				14,5		4
1750-1799				9,9		12
1776-1800			9			
1790-1820	10		8,6			
1800-1849		5,5				8
1801-1850			6,5	12,5		
1851-1890			4,8			

Fontes: Bardet, J.-P. et al., *A.D.H.*, 1981, p. 41.

Perrenoud, A, *Histoire des Populations de l'Europe*, vol. I, p. 294.

Beauvalet-Boutouyrie, Scarlett, *La démographie de l'époque moderne*, 1999, p. 165.

Ora para bem se compreender a mortalidade materna ao longo do tempo, é preciso ter presente a situação existente face à doença em diferentes épocas. Embora as mulheres grávidas tenham, provavelmente, uma mortalidade por doença mais baixa que as outras mulheres, devido a um efeito de selecção pela saúde (Khlát e Ronsmans 2000: 300-306), estiveram sujeitas ao perigo infeccioso dominante: ambientes contaminados, mãos e roupas não lavadas, promiscuidade, epidemias.

¹⁰ J. M. Simões (1989: 171) verificou que em Portugal (1959-1982) o padrão espacial da taxa de mortalidade por malformações congénitas e o dos partos sem assistência médica era muito semelhante, o que sugere a deficiência de acompanhamento da mulher grávida e puérpera, como um facto da desigualdade no acesso às infra-estruturas médico-sanitárias mais acentuada no norte do País.



Ao longo do século XVIII, nas aldeias europeias parece ter havido um recuo oscilante da mortalidade materna. À entrada do século XIX, a Suécia aparecia já como o país europeu onde este tipo de mortalidade evoluía mais favoravelmente. A introdução da anti-sepsia¹¹ só se deu no último quartel do século XIX e, a partir daí, a mortalidade materna começou a regredir definitivamente.

Como Bideau (1981: 51), que não deixou de se perguntar se a sua avaliação da mortalidade materna não estaria abaixo do real, quando confrontou os 2,4% da sua aldeia de Mogneneins (1660-1814) com os 1,5% avaliados por Charbonneau para o séc. XVII canadiano e com os 2% estimados por S. Peller nas mulheres das famílias reinantes europeias entre 1500 e 1899, também nós colocamos alguma reserva na “aproximação” que conseguimos apresentar.

As atitudes face ao risco do parto suscitaram uma “lenda negra”¹², cultural e antropológica, que ensombrou a avaliação quantitativa da mortalidade materna e a tornou bastante imprecisa.

Quadro V
Comparações internacionais
Coefficiente de Mortalidade Materna

Períodos	Portugal	Espanha	Itália	França	Inglaterra	Suécia
*1947-48	239,2	128,6	154,6	85,5	112,7	81
*1957-58	127,8	73,5	112,8	56,3	46,2	33,4
*1967-68	78,6	46,4	71,1	30,5	22,5	11,5
(**)1990-95	9,5			12,2	7	
(***)2000	5	4	5	17	13	2

Fontes: (*)Houdaille, J., *Population*, 1973 (1), p. 138

(**) www.sante.gouv.fr/htm

(***)Department of Reproductive Health and Research, WHO, 2004

Para o século XX as estimativas serão mais seguras. Nos países industrializados a mortalidade materna tornou-se um fenómeno raro. O quadro V resume a evolução dos “coeficientes de mortalidade materna” (óbitos maternos por 100000 nascimentos) nalguns países europeus, depois da II Grande Guerra.

¹¹ A revolução anti-séptica aconteceu nos meios hospitalares com o uso do fenol (cerca de 1867-1880) e do bicloro de mercúrio (cerca de 1883) (Shorter 1984: 125-129).

¹² As antigas *Constituições Sinodais* reconheceram os perigos do parto quando determinaram para a mulher a obrigação de se confessar ao entrar no último mês da gravidez (Perez Moreda 1980: 198-200).



Após a descoberta das sulfamidas (1936) a mortalidade materna entrou em regressão rápida, graças aos enormes progressos da obstetrícia e melhoria da saúde da mulher; nos últimos anos quase desapareceu, em parte porque a maternidade se tornou um facto excepcional. Portugal acompanhou com algum atraso e desorganização esta caminhada¹³. Só nos fins do século passado é que o país deu um salto significativo, passou a ombrear com a Itália, mas ainda ficou atrás da Suécia e da Espanha.

Foquemos a atenção no nosso País, com base noutra medida da mortalidade materna, a “taxa de mortalidade materna” (óbitos maternos por 100000 mulheres).

Quadro VI
Taxa de Mortalidade Materna

Ano	Portugal
1960	115,5
1965	84,6
1970	73,4
1975	42,9
1980	19
1985	10,7
1990	10,3
1995	8,4

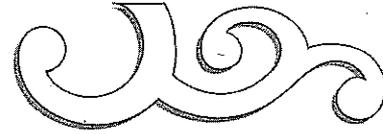
Nota: Óbitos devidos a complicações da gravidez, do parto e do puerpério.

Fonte: Barreto, A e Preto, C., vol.II, 2000, p. 96

Verificamos, pelo quadro VI, que foi a partir da década de 70 que se deu uma descida espectacular da taxa de mortalidade materna no nosso País. Deve-se o facto ao reconhecimento, em 1971, do direito à saúde, o que levou à criação dos Centros de Saúde distritais e concelhios¹⁴, que implantaram os cuidados primários de saúde, com efeitos benéficos na assistência materno-

¹³ De 1945 a 1971 o Estado Português ainda não assumia a responsabilidade dos cuidados de saúde dos portugueses, embora tivesse entretanto constituído algumas estruturas de apoio: a partir de 1945, as Delegações de Saúde em cada distrito, Subdelegações de Saúde em cada concelho e comissões paroquiais de assistência; em 1946, a Federação das Caixas de Previdência que esteve na origem de um serviço de cuidados médicos de nível nacional aos seus beneficiários. Até essa época, serviços como a protecção à mãe e à criança foram em grande parte atribuídos às Misericórdias (Ferreira 1990: 338-341).

¹⁴ Em Esporões funciona há já bastantes anos uma “Extensão do Centro de Saúde de Braga”, que cobre quatro freguesias (Arcos, Esporões, Morreira e Trandeiras). Uma equipa de quatro profissionais de saúde – dois médicos, um dos quais com a função de “médico sentinela”, e dois enfermeiros – atendem os cerca de 5000 utentes com consultas de Medicina Geral e Familiar, Injectáveis, Pensos e Vacinação.



-infantil¹⁵. As potencialidades desta reforma foram aprofundadas com a criação do Serviço Nacional de Saúde, em 1979 (Ferreira 1990: 498-528). Nestes contextos, os nossos resultados não estarão desarticulados.

2.3. Factores diferenciais na mortalidade materna

Para abordar a influência de duas das variáveis na mortalidade materna – a idade da mãe no parto e a ordem de nascimento do filho - trabalhamos apenas as famílias de Tipo1. Tal como nas observações anteriores, é necessário tornarmo-nos prudentes.

2.3.1. A idade da mãe

Como confirma o Quadro VII, o maior número de filhos nasce antes dos 35 anos, pelo que o risco de morte para as mães poderia ser então mais elevado.

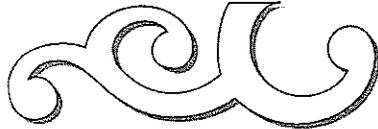
Quadro VII
Mortalidade Materna segundo a idade da mãe no parto
(Esporões, 1630-1992)

Idade da mãe no parto	Períodos					
	1º			2º		
	Óbitos*	Nascimentos	Mortalidade	Óbitos*	Nascimentos	Mortalidade
antes dos 35 anos	14	876	15,98	6	575	10,43
35 anos e mais	6	602	9,97	2	318	6,29

Nota: * Óbitos maternos no intervalo de 0 a 60 dias após o parto.

Não parece, porém, dar-se um avanço desse risco nas idades em que ele devia sobressair, talvez porque a natalidade nesse grupo das mais idosas já tenha recuado, embora estas mães sofram da acumulação de riscos passados.

¹⁵ Pelo Decreto-Lei n.º 413/71, reconhece-se o direito à saúde a todos os portugueses, cabendo ao Estado a responsabilidade de assegurá-la (Ferreira 1990: 343-346).



2.3.2. *A ordem de nascimento*

Para esta observação foi necessário limitarmo-nos ao período mais recuado e menos susceptível de ser afectado pelo controlo voluntário dos nascimentos que teria como efeito a observação sobre famílias de menor dimensão, e reter apenas as famílias de Tipo 1, em que as mães tivessem apenas a experiência de um primeiro casamento.

Quadro VIII
Mortalidade Materna segundo a ordem de nascimento do filho
(Esporões, 1630-1899)

Ordens de nascimento	Óbitos*	Nascimentos	Mortalidade
1 ^a	6	284	21,1
2 ^a a ult ^a	9	1203	7,5

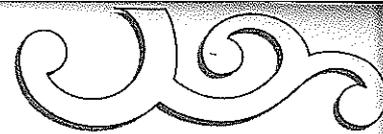
Nota: Fam. Tipo 1, mães só com um casamento.

* Óbitos maternos no intervalo de 0 a 60 dias após o parto.

Como se vê no Quadro VIII, a mulher primípara, como seria esperado, correu um risco mais elevado do que a múltipara, talvez porque a selecção biológica ainda não se completara. Embora a amostra seja mínima, os resultados encontrados parecem confirmar os estudos já realizados sobre o mesmo tópico.

2.3.3. *Causas de óbito registadas*

Lancemos agora um rápido olhar sobre as causas da mortalidade feminina em idade reprodutiva. Há, por certo, defeitos e omissões de declaração ligados aos abortamentos.



Quadro IX
Causas de óbito das mulheres casadas em idade reprodutiva
(Esporões, 1903-1978)

Causas de óbito	Idade da mulher no óbito					Total
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Hemorragia pós-parto	1					1
Hemorragia de parto e ruptura uterina		3				3
Complicações do estado puerperal		1				1
Eclampsia	1					1
Parto		1				1
Tuberculose pulmonar	1	2				3
Tuberculose ganglionar				1		1
Broncopneumonia		1				1
Pneumonia				1		1
Enfante de miocárdio			1			1
Apoplexia					1	1
Tumor maligno da mama				1		1
Cancro do estômago					1	1
"Doença ignorada"		1	1	1	1	4
Sem referência			2		1	3
Total	3	9	4	4	4	24

Nos registos paroquiais de Esporões a referência à causa de morte da mulher fecunda foi praticamente inexistente embora, a partir de 1975, a quase totalidade dos nascimentos se fizesse em meio hospitalar. Nos assentos de óbito do Registo Civil, a partir da última década do século XX, o campo "causa de óbito" deixou de ser preenchido, uma vez que passou a ser exigido o "direito à privacidade pessoal" do morto e seus familiares. Restou-nos a consulta dos certificados médicos de óbito que também não cobririam todas as mortes maternas. Encontrámo-los no Registo Civil, em fase de armazenamento; ainda pudemos consultar alguns e foi a partir deles que se fez a organização do Quadro IX.

Destacam-se os óbitos por "causa obstétrica directa" (cerca de 30%), seguidas das doenças dos aparelhos respiratório e circulatório; por último, os cancros. O diagnóstico da causa básica de morte pode no entanto ocultar a causa real, ligada à reprodução: por exemplo o caso "enfarte de miocárdio" surgiu numa mulher falecida três dias depois de ter "dado à luz", caso que poderíamos talvez classificar como um óbito por "causa obstétrica indirecta".

Em razão da pequena dimensão da amostra, seria abusivo avançar com uma interpretação mesmo que sumária desta sobremortalidade feminina.

2.3.4. Consequências demográficas do óbito materno

E porque uma mãe desempenha um papel social na constituição e manutenção da família, incluindo o cuidado durante o crescimento dos filhos, afluímos os efeitos do óbito materno na desestabilização familiar, observados na sobrevivência da criança que esteve na sua origem bem como no processo de arranjo familiar do viúvo.

2.3.4.1. Destino da criança cuja mãe faleceu em parto

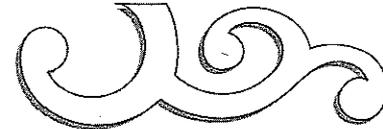
Depois da morte da mãe é possível que viúvo e filhos tenham mudado de residência pelo que, para seguir o destino do órfão, foi necessário limitar a observação às famílias de Tipo 1, famílias que continuaram na comunidade e com filhos nascidos em períodos de registo sistemático de óbitos infantis. Assim obtivemos os dados inscritos no Quadro X.

Mesmo limitando a amostra às famílias mais estáveis, verificámos que desconhecemos o destino de mais de um quarto dos órfãos no 1º período e quase metade no 2º período. Notámos também que o choque obstétrico parece ter sido pouco significativo. Na perspectiva familiar, a morte de uma mãe seria uma “desgraça” para os “pequenos” porque as crianças ficavam privadas da amamentação e do amor de mãe, correndo aceleradamente o risco de desnutrição e infecções.

Quadro X
Destino da criança cuja mãe faleceu em idade reprodutiva (Esporões, 1630-1992)

Destino da criança	1º Período							2º Período							
	Óbitos da mãe após o parto						Total	%	Óbitos da mãe após o parto					Total	%
	< 61d	61d a 364d	1A a 2A	2A a 3A	3A e mais	< 61d			61d a 364d	1A a 2A	2A a 3A	3A e mais			
Falecido com															
0 dias					2	2	4,7								
< 1m	2	1			2	5	12				1			1	7,7
1m a 1A	1	2	1		1	5	12		2					2	15
1A a 4A	2	1		3	.1	7	16								
5A a 9A	1				1	2	4,7								
10A a 14A						0	0								
15A e mais	1	1	3	1	5	11	26				2		2	4	31
Sub-total	7	5	4	4	12	32	74		2	1	2		2	7	54
Destino desconhecido	1	2	4	4	4	11	26	2	1	1	0		2	6	46
Total	8	7	4	8	16	43	100	2	3	2	2		4	13	100

Nota: Amostra limitada aos períodos de registo de óbitos infantis das famílias de Tipo 1.



À solidariedade dos parentes¹⁶ e vizinhos mais chegados perante a situação do pequeno órfão (por vezes, as mães que criavam ao peito os filhos eram “mães de leite” de filhos alheios), juntou-se, em alguns casos, o recurso a subsídios camarários¹⁷, salvando-se a vida do órfão ou, no pior dos desenlaces, retardando-lhe a morte. Observamos então que, entre as crianças orfãs de mãe, com destino conhecido, cerca de um terço no 1º período e mais de metade no 2º período, atingiram a idade núbil.

2.3.4.2. Rupturas de união e desagregação

Como temos vindo a notar, em Esporões, apenas um pequeno número de mães teria falecido de parto. Ao longo do tempo esta mortalidade puerperal parece ter sido oscilante e mais sub-registada antes do século XX: duas em cada trinta e cinco mulheres fecundas poderiam morrer por causa obstétrica no intervalo de 60 dias após o parto. Mais de 90% das mulheres sobreviveriam enquanto expostas ao risco da maternidade.

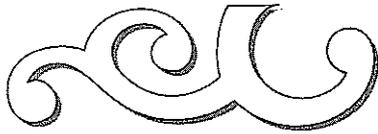
Quadro XI
Rupturas das uniões (Esporões, 1630-1992)
Situação da mulher no óbito

Períodos	Casada			Recasa	Viúva	Total	% de rupturas por parto
	< 50A		50A e mais				
	Tempo após o último parto						
< 61d	mais de 60d						
1630-1719	5	16	25	3	32	81	6,2
1720-1809	9	10	40	5	41	105	8,6
1810-1899	3	19	34	3	51	110	2,7
1630-1899	17	45	99	11	124	296	5,7
1900-1992	6	11	23	1	38	79	7,6

Nota: Amostra restrita a famílias de Tipo I

¹⁶ À data da pesquisa, não estavam catalogados os inventários *post-mortem* e orfanológicos e os processos de tutela existentes no Arquivo Distrital de Braga, fontes que seriam relevantes para a análise em causa.

¹⁷ Conhecemos algumas histórias de vida destas crianças. Rosália Maria, aos 4 anos órfã de mãe, morta por afogamento em 10-06-1813, foi “entregue” a um tio paterno (lavrador, segundo as *Ordenanças de 1828*) após a Câmara ter pago um ano de vencimento à ama, sua mulher (A.C.M.B., *Livro de registo e pagamento às amas. Lançamento dos bilhetes pertencentes aos enjeitados*, L.º n.º 117, Ano de 1813); não tendo tido descendência fizeram escritura de doação a esta sobrinha (Fichas de Família 716 e 886) já então casada. Destino diferente teve Manuel: sua mãe perdeu a vida ao dá-lo à luz, em 15-07-1900. O pai, um exposto de Amares, lavrador-caseiro em Esporões, com 7 filhos pequenos a cargo resultantes dos dois casamentos contraídos (Fichas de família 1078 e 1079), recorreu à Câmara de Braga que concedeu “subsídio de lactação” durante um ano e “subsídio como desvalido” no ano e meio seguinte. Dois meses depois, Manuel falecia em Esporões com 3 anos de idade (A.C.M.B., *Matricula para subsídios de lactação*, L.º s/n.º, Ano de 1901; *Livro de matrícula das crianças expostas, abandonadas e desvalidas a cargo do hospício*, L.º n.º 215, Anos de 1899 a 1904).



Como é que o companheiro teria reagido à morte da sua mulher?

Quadro XII
Destino do viúvo após o óbito da mulher (Esporões, 1630-1992)
Segundo o intervalo entre o parto e o óbito da mulher

Períodos	< 3m						3m-11m					
	Recasamento				Sem recasamento	Destino desconhecido	Recasamento				Sem recasamento	Destino desconhecido
	< 1A	1A a 2A	2A a 3A	3A e mais			< 1A	1A a 2A	2A a 3A	3A e mais		
1630-1719			2		1	2					1	
1720-1809	2		2	2	1	1	1					
1810-1899			1		1	1			2		1	1
1630-1899	2		5	2	3	4	3			2	2	1
1900-1992	2			2					1		1	1

Nota: Amostra restrita a famílias de Tipo 1

À primeira vista, quanto mais curto o intervalo entre o parto e a morte da mulher-mãe, menos demorado seria o recasamento do viúvo, dada a premência da criação dos filhos e a necessidade da realização do trabalho doméstico.

Os dados que conseguimos reunir além de reduzidos dispersam-se em várias temporalidades para que possamos deduzir alguma ilação.

Por outro lado, faltam-nos os registos orfanológicos e de tutela para conhecer como eram distribuídas as crianças pelos familiares.



3. Conclusão

O perigo de morrer em parto naturalmente teria sido maior nas comunidades do passado do que actualmente. A partir da II Grande Guerra, a mortalidade materna desceu de forma significativa nos países desenvolvidos, podendo as mães beneficiar de transfusões de sangue, antibióticos, etc. Vencido o risco infeccioso, hoje “morrer de parto” é uma morte “evitável”. Com a melhoria das condições sanitárias, menos gravidezes, melhor alimentação, a mudança foi profunda. Algumas mudanças nos factores biológicos como a idade da mãe ou a redução do número de nascimentos podem ter contribuído para salvar mais vidas. A mortalidade materna é, portanto, um indicador de saúde sensível às condições sanitárias que envolvem o nascimento e às medidas de protecção da mãe. Mas ainda hoje “medir e compreender” a mortalidade materna é para os investigadores uma armadilha. Os resultados dependem do tipo de dados e das técnicas utilizadas. Apesar de todas as correcções feitas para ter em conta os falsos nados-mortos as avaliações ficarão sempre subestimadas. Achamos necessário multiplicar os estudos sobre este tema com amostras mais expressivas para que se possam tirar conclusões mais fundamentadas.

**Bibliografia**

- AMORIM, Maria Norberta (1991), *Metodologia de Reconstituição de Paróquias*, Universidade do Minho, Braga.
- AMORIM, Maria Norberta (1992), *Evolução Demográfica de Três Paróquias do Sul do Pico (1680-1979)*, Universidade do Minho, Braga.
- AMORIM, Maria Norberta (1995), *Demografia Histórica. Um programa de docência*, Braga, Universidade do Minho.
- ARDIT LUCAS, Manuel (1991), "La mortalidad en el País Valenciano preindustrial. El marquesado de Llombai entre 1620 y 1820", in BERNABEU MESTRE, Josep (coord.), *El Papel de la Mortalidad en la Evolucion de la Poblacion Valenciana. (Actas del II Congreso de la ADEH, Vol. 5)*, Instituto del Cultura Juan Gil Albert, Alicante, pp. 123-124.
- BARBOSA, Maria Hermínia Vieira (1998), "Reconstituição de paróquias e aprofundamento dos estudos de mortalidade infanto-juvenil da comunidade de Esporões (séculos XVII-XX)", *Boletín de la Asociación de Demografia Histórica*, XVI, I, pp. 21-53.
- BARDET, Jean-Pierre (1983), *Rouen aux XVIIe et XVIIIe Siècles. Les Mutations d'un Espace Social*, Société d'Édition d'Enseignement Supérieur, Paris Ve., pp. 364-368.
- BARDET, Jean-Pierre, LYNCH, K. A. et alli (1981), "La mortalité maternelle autrefois: une étude comparée (de la France de l'Ouest à l'Utath)", *Annales de Demographie Historique 1981*, pp. 31-48.
- BARKER, D. J. P. (1998), *Mothers, Babies and Health in Later Life*, Churchill Livingstone, 2.^a edition, Edimburg, pp. 8-10.
- BARRETO, António (2000), "Inventário das principais mudanças sociais", in BARRETO, António (org.), *A Situação Social em Portugal, 1960-1995, Indicadores sociais em Portugal e na União Europeia*, Vol. II, Instituto de Ciências Sociais, Lisboa, pp. 42-57.
- BARRETO, António e PRETO, Clara Valadas (2000), "Indicadores Sociais: Portugal, 1960-2000. 2. Saúde", in BARRETO, António (org.), *A Situação Social em Portugal, 1960-1995, Indicadores sociais em Portugal e na União Europeia*, Vol. II, Instituto de Ciências Sociais, Lisboa, pp. 93-101.
- BEAUVALET, Scarlet (1994), "Perdre la vie en la donnant: la mortalité maternelle à Port-Royal, 1815-1826", *Annales de Demographie Historique 1994*, pp. 237-259.
- BEAUVALET-BOUTOUYRIE, Scarlet (1999), *La Démographie de l'Époque Moderne*, Belin, Sup, Paris, pp.163-164; 172-180.
- BIDEAU, Alain (1981), "Accouchement naturel et accouchement à haut risque. Châtellerie de Thoissey-en-Dombes, 1660-1814", *Annales de Demographie Historique 1981*, pp. 49-66.



BIDEAU, Alain (1986), "Fécondité et mortalité après 45 ans. L'apport des recherches en démographie historique", *Population*, 1, pp. 59-72.

BIDEAU, Alain, DUPÂQUIER, Jacques e CUTIERREZ, Hector (1988), «La mortalité en couches», in DUPÂQUIER, Jacques (dir.), *Histoire de la Population Française*, Vol. 2, PUF, Paris, pp. 238-239.

CHARBONEAU, Hubert (1975), *Vie et Mort de Nos Ancêtres. Étude Démographique*, Les Presses de l'Université de Montréal, pp. 140-141.

CHARBONEAU, Hubert, GUILLEMETTE, André e LÉGARÉ, Jacques (1987), *Naissance d'une Population. Les Français établis au Canada au XVII^e Siècle*, Travaux et Document, Cahier n.º 118, OUM, PUF, p. 139.

FERREIRA, F. A. Gonçalves (1990), *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, pp. 338-346; 498-533.

GUTIERREZ, Hector e HOUDAILLE, Jacques (1983), "La mortalité maternelle en France au XVIII^e siècle", *Population*, 6, pp. 975-994.

HOUDAILLE, Jacques (1973), "Evolution de la mortalité maternelle dans les pays industriels (1947-1969)", *Population*, 1, pp. 137-138.

IMHOF, Arthur E. (1981), «La surmortalité des femmes mariées en âge de procréation: un indice de la condition féminine au XIX^e siècle», *Annales de Démographie Historique* 1981, pp. 81-87.

KHLAT, Myriam e RONSMANS, Carine (2000), "Deaths Atributable to Childbearing in Matlab, Bangladesh: Indirect Causes of Maternal Mortality Questioned", *American Journal of Epidemiology*, Vol. 151, n.º 3, pp. 300-306.

LACET, M. (1982), *Naissances. L'accouchement avant l'âge de la clinique*, Paris, 348 p.

PEREZ MOREDA, Vicente (1980), *Las Crisis de Mortalidad en la España Interior, Siglos XVI-XIX*, Siglo XXI de España Editores, Madrid.

PERRENOUD, Alfred (1981), "Surmortalité féminine et condition de la femme (XVII^e et XIX^e siècles). Une verification empirique", *Annales de Démographie Historique* 1981, pp. 89-104.

PERRENOUD, Alfred (1988), "La mortalité maternelle", in DUPÂQUIER, Jacques (dir.), *Histoire de la Population Française*, Vol. 1, PUF, Paris, pp. 294-295.

PISON, Gilles et alli (2000), "La mortalité maternelle en milieu rural au Senegal", *Population*, 55 (6), pp. 1003-1018.

SHORTER, E. (1984), *Le corps des femmes*, Seuil, Paris, pp. 95-129; 282-285.



SIMÕES, Manuel José (1989), *Saúde: O Território e as Desigualdades*, Dissertação de Doutoramento em Geografia Humana apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, Lisboa.

TABUTIN, Dominique (1978), "La surmortalité féminine en Europe avant 1940", *Population*, 1, pp. 121-148.

VALLIN, Jacques (1981), "La mortalité maternelle en France", *Population*, 4-5, pp. 950-953.

www.iussp.2005, KHLAT, M. e GUILLAUME, A., "Evolution du concept de mortalité maternelle et émergence de la mortalité violente en relation avec la grossesse".

www.sante.gouv.fr. "Mortalité maternelle. Rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle 1995-2001".

www.who.int, *Maternal Mortality in 2000. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*, Department of Reproductive Health and Research World Health Organization, Geneva, 2004.