



DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

As gentes de Ílhavo dos séculos XVIII e XIX:

Estudo bioantropológico de uma série proveniente da Igreja de São
Salvador de Ílhavo

Dissertação apresentada à Universidade de
Coimbra para obtenção do grau Mestre em
Evolução e Biologia Humanas, realizada
sob a orientação científica da Professora
Doutora Eugénia Cunha e da Doutora
Francisca Alves Cardoso.

Joana Cidade Medeiros Camacho
julho de 2017

Agradecimentos

Gostaria de agradecer à Professora Doutora Eugénia Cunha, por ter aceite orientar esta dissertação, por todos os esclarecimentos, disponibilidade e conhecimentos transmitidos ao longo destes dois anos de Mestrado. Muito obrigada por todo o apoio.

À Doutora Francisca Alves Cardoso, por ter aceite coorientar esta dissertação, por todo o apoio, soluções e ideias. Muito obrigada por tudo.

À ERA-Arqueologia, especialmente à Doutora Lucy Evangelista, pela amabilidade e por terem cedido o material para este estudo.

Aos colegas de anos anteriores, em especial à Catarina Nogueira e Inês Sobral por me terem ajudado na fase inicial deste projeto quando tudo ainda parecia não ter um rumo.

Aos meus amigos de sempre, Sofia G., Tânia R., Marta C., Sara R. e Sofia C., que me acompanharam neste longo percurso sempre com uma palavra amiga e boa disposição.

À minha família, Mãe, Pai, Irmã, Tios e Primas, por acreditarem em mim e principalmente por terem tornado todo este percurso académico possível. Obrigada a todos.

Por último, mas certamente não menos importante, ao Bruno, que me acompanhou dia após dia durante este último ano, um obrigado do tamanho do universo, por todas as palavras e abraços quando tudo parecia não ter solução, por toda a ajuda e otimismo contagiante. Muito obrigada.

Resumo

Esta investigação teve como principal objetivo caracterizar paleodemograficamente e paleopatologicamente uma pequena série osteológica composta por 13 indivíduos em inumação primária e 25 indivíduos em inumação secundária, totalizando assim um número mínimo de 38 indivíduos, 24 adultos e 14 não adultos. Estes indivíduos foram exumados do adro da igreja matriz de São Salvador em Ílhavo e terão falecido entre o século XVIII e meados do século XIX. Um objetivo secundário foi o estudo exploratório comparativo entre as causas de morte anotadas nos registos de óbito da freguesia de São Salvador entre 1795 e 1838 e os diagnósticos paleopatológicos aferidos nas inumações primárias.

A diagnose sexual realizada em ambos os tipos de inumação revelou a presença de quatro homens e 15 peças ósseas masculinas, duas mulheres e 19 peças ósseas femininas e dois indivíduos e uma peça óssea em que não foi possível realizar este parâmetro. A classe etária adulta predominante é relativa a jovens adultos (+20 anos) e a não adulta os infantes e adolescentes (nascimento e + 12 anos).

A análise patológica, para além de revelar a presença de cáries dentárias, desgaste dentário, hipoplasias do esmalte dentário, lesões degenerativas articulares e não articulares, lesões traumáticas e indicadores de stress fisiológico, também revelou a existência de um caso de desgaste dentário atípico possivelmente causado pelo uso de cachimbo, um possível caso de ausência congénita de dois segundos pré-molares inferiores e quatro casos de patologia infecciosa, um deles evidenciando lesões endocranianas (*Serpens Endocrania Symmetrica*).

No estudo exploratório realizado nos registos de óbito analisaram-se 4176 óbitos, 609 com causas de morte variadas, sendo as mais frequentemente registadas a cólera, malária e doenças pulmonares. Com esta informação foi possível comparar algumas destas causas de morte com os diagnósticos aferidos em quatro esqueletos com lesões infecciosas. Além disso, todos os restantes resultados obtidos foram comparados com outros trabalhos, nomeadamente duas amostras lisboetas com a mesma cronologia.

Palavras-chave: Ílhavo; Igreja de São Salvador; Antropologia Biológica; Paleopatologia; Registo de óbitos.

Abstract

The main purpose of this investigation was to characterize paleodemographically and paleopathologically a small osteological sample, composed by 13 individuals in primary burial and 25 individuals in secondary burial with a minimum of 38 individuals, 24 adults and 14 nonadults. These individuals were exhumed from the churchyard of São Salvador in Ílhavo and died between the eighteenth and mid-nineteenth centuries. A secondary goal was a comparative and exploratory study of the causes of death recorded in the obituaries of São Salvador parish between 1795 and 1838 and the differential diagnosis achieved on the primary burial individuals.

The sexual diagnosis was made in both types of burials and revealed the presence of four men and 12 typical male bones, two women and 18 typical female bones and two individuals and one bone in which it was not possible to achieve a diagnosis. The predominant adult age group was the young adults (+20 years) and in the nonadult infants and adolescents (birth and +12 years).

Pathological analysis, in addition to revealing the presence of dental caries, dental wear, dental enamel hypoplasias, degenerative joint and non-articular lesions, traumatic lesions, physiological stress indicators also revealed the existence of one case of atypical tooth wear possibly caused by the use of a smoking pipe, one possible case of congenital absence of two inferior second premolars and four cases of infectious disease, one of them evidencing endocranial lesions (*Serpens Endocrania Symmetrica*).

The exploratory study carried out on the obituaries analyzed 4176 death registers, 609 with multiple causes of death, with the most frequent being cholera, malaria and pulmonary diseases. With this information, it was possible to compare some of these causes of death with the diagnosis made on four skeletons with lesions indicating an infectious disease. Furthermore, all the results obtained were compared with other works, namely two Lisbon samples with the same chronology as this study.

Keywords: Ílhavo; São Salvador's Church; Biological Anthropology; Paleopathology; Death records.

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo	iv
Abstract	vi
Índice.....	viii
Lista de Figuras	xi
Lista de Tabelas	xiv
1. Capítulo 1- Introdução	1
1.1. Explorar o passado - O estudo do esqueleto humano	1
1.2. Doença e mortalidade entre o século XVIII e meados do século XIX em Portugal.....	2
1.3. Os enterramentos e práticas funerárias.....	3
1.4. Os enterros nas Igrejas e a passagem para os Cemitérios	3
1.5. Os registos de óbito da freguesia de São Salvador em Ílhavo.....	5
1.6. Objetivos de estudo	6
2. Capítulo 2- Contextualização Histórica e Geográfica da amostra	9
2.1. A cidade de Ílhavo nos séculos XVIII e inícios do século XIX. Sociedade, Cultura, Subsistência e Alimentação	10
3. Capítulo 3- Material em estudo	13
3.1. A Igreja de São Salvador de Ílhavo.....	13
3.2. A intervenção arqueológica	13
3.3. A amostra.....	15
4. Capítulo 4- Métodos	17
4.1. Índice de conservação anatómico	17
4.2. Número Mínimo de Indivíduos	18
4.3. Alterações Tafonómicas.....	18
4.4. Análise Demográfica	19
4.4.1. Diagnose Sexual	19
4.4.2. Estimativa da Idade à Morte	20
4.4.2.1. Adultos.....	21
4.4.2.2. Não Adultos	21
4.5. Análise Morfológica	22

4.5.1.	Estatura	22
4.5.2.	Variantes anatómicas	23
4.6.	Análise Paleopatológica	24
4.6.1.	Patologia Oral	24
4.6.1.1.	Hipoplasias do Esmalte Dentário.....	25
4.6.1.2.	Desgaste dentário.....	25
4.6.1.3.	Cárie dentária	26
4.6.2.	Lesões traumáticas.....	26
4.6.3.	Lesões Degenerativas.....	27
4.6.3.1.	Articulares.....	27
4.6.3.2.	Não articulares.....	28
4.6.4.	Indicadores de stress fisiológico	28
4.6.5.	Patologia Congénita	29
4.6.6.	Patologia Infeciosa	29
4.7.	Levantamento de dados dos Registos de óbito da freguesia de São Salvador em Ílhavo.....	30
5.	Capítulo 5- Resultados	33
5.1.	Estado de Conservação	33
5.2.	Número Mínimo de Indivíduos	34
5.3.	Alterações Tafonómicas.....	35
5.4.	Análise Demográfica	36
5.4.1.	Diagnose Sexual	36
5.4.2.	Estimativa da Idade à Morte	39
5.4.2.1.	Adultos.....	39
5.4.2.2.	Não adultos.....	41
5.5.	Análise Morfológica	44
5.5.1.	Estatura	44
5.5.2.	Variantes anatómicas	45
5.6.	Análise Paleopatológica	50
5.6.1.	Patologia Oral	50
5.6.1.1.	Hipoplasias do Esmalte Dentário.....	51
5.6.1.2.	Desgaste dentário.....	52
5.6.1.3.	Cárie dentária	57
5.6.2.	Lesões traumáticas.....	60

5.6.3.	Lesões Degenerativas.....	63
5.6.3.1.	Articulares.....	63
5.6.3.2.	Não articulares.....	65
5.6.4.	Indicadores de stress fisiológico	66
5.6.5.	Patologia Congénita	67
5.6.6.	Patologia Infeciosa	68
5.7.	Os registos de óbito da freguesia de São Salvador- Ílhavo.....	73
6.	Capítulo 6- Discussão.....	77
7.	Capítulo 7- Considerações finais	89
	Referências Bibliográficas	91
	Anexos.....	103

Lista de Figuras

Figura 1- Região de Aveiro. Imagem retirada de Jacinto (2016).	9
Figura 2 - Município de Ílhavo. Imagem retirada de Jacinto (2016).	9
Figura 3 - Postal da Costa Nova do Prado (Norte) em Ílhavo. Imagem retirada de Câmara Municipal de Ílhavo (2013).	10
Figura 4 - Postal da Igreja de São Salvador de Ílhavo, sem data. Imagem retirada do Câmara Municipal de Ílhavo (2013).	13
Figura 5 - Proporção de indivíduos adultos e não adultos da amostra.....	34
Figura 6 - Mandíbula de um indivíduo adulto jovem do sexo masculino com alteração cromática causada pelo contacto de um objeto metálico (Esqueleto da sepultura11). 35	35
Figura 7 – Frontal de um indivíduo adulto jovem do sexo masculino com alteração cromática causada pelo contacto com um objetivo metálico (Esqueleto da sepultura 11).	35
Figura 8 - Diáfise de fémur esquerdo adulto evidenciando destruição tafonómica. Ossário 5.	35
Figura 9 – Proporção sexual nas inumações primárias.	37
Figura 10 – Distribuição dos indivíduos com intervalo etário por faixa etária, de acordo com Buikstra e Ubelaker (1994).	44
Figura 11 – Osso frontal de um indivíduo adulto jovem do sexo masculino evidenciando a presença da sutura supranasal, incisura orbitária em ambas as órbitas e um foramina supraorbital na órbita direita (esqueleto da sepultura 11).....	47
Figura 12 - Úmero esquerdo de um jovem adulto do sexo feminino com presença da abertura septal.	48
Figura 13- Patela esquerda de um indivíduo adulto com a presença da variante anatómica fossa vastus.....	49
Figura 14 – Órbita esquerda de um indivíduo adulto com presença da variante anatómica foramina supraorbital.....	49
Figura 15 - Mandíbula de um indivíduo adulto de sexo indeterminado com reabsorção alveolar completa (esqueleto da sepultura 6).	50
Figura 16 – Proporção de dentes com e sem hipoplasias do esmalte dentário.	52

Figura 17-Maxila e mandibula de indivíduo do sexo masculino (29- 38 anos) com desgaste atípico nos dois incisivos superiores e inferiores esquerdos e canino, possivelmente pelo uso de cachimbo.	54
Figura 18 - Distribuição gráfica da dentição permanente e decídua da amostra de acordo com os oito graus de desgaste definidos por Smith (1984).	56
Figura 19 - Distribuição gráfica da dentição permanente e decídua pelos oito graus de presença e tamanho das cáries definidos por Buikstra e Ubelaker (1994) adaptado de Moore e Corbett (1971).	60
Figura 20 - Pormenor de fratura no rebordo da faceta articular lateral da patela esquerda. Vista posterior (esqueleto da sepultura 1).....	60
Figura 21 - Patela esquerda de um indivíduo adulto do sexo masculino com evidência de fratura no rebordo da faceta articular lateral com alteração da entese (esqueleto da sepultura 1).....	60
Figura 22 - Terceiro metatarso direito proveniente do ossário 3 com possível fratura ante mortem.	61
Figura 23 – Mandíbula com reabsorção alveolar proveniente do material osteológico disperso com lesão. A seta indica o local.	62
Figura 24- Pormenor da lesão na mandíbula proveniente do material disperso.	62
Figura 25 - Vértebra lombar de um indivíduo adulto do sexo masculino evidenciando osteófitos marginais e alteração do contorno do corpo vertebral.	63
Figura 26 - Costela direita com evidente formação de osso novo, porosidade, alteração do contorno da articulação e eburnação. Vista posterior. A seta indica o local de eburnação.....	64
Figura 27- Patela esquerda de um indivíduo adulto do sexo masculino a exibir uma alteração da entese grave resultante de uma lesão traumática.....	65
Figura 28 - Órbita esquerda de um indivíduo não adulto (1-1,5 anos) com cribra orbitalia.	66
Figura 29 - Parietal esquerdo de um indivíduo jovem adulto do sexo masculino, com microporosidade. Vista posterior do crânio.....	66
Figura 30 - Órbita esquerda de um indivíduo não adulto proveniente do material osteológico disperso com presença de cribra orbitalia.	66

Figura 31- Mandíbula de um indivíduo adolescente de sexo indeterminado, com possível ausência congênita dos segundos pré-molares inferiores esquerdo e direito e retenção dos molares deciduais.	68
Figura 32 - Extremidade distal da tíbia direita de um indivíduo adulto do sexo masculino evidenciando alguma porosidade e crescimento ósseo ténue, bem como existência de osso woven.	69
Figura 33- Fémur direito de um indivíduo não adulto com presença de osso woven ao longo da diáfise.....	69
Figura 34 - Extremidade proximal da ulna esquerda de um indivíduo adulto jovem do sexo feminino com coloração cinza associada à existência de osso woven.	70
Figura 35 - Extremidade distal de um úmero esquerdo de um indivíduo adulto jovem do sexo feminino com coloração cinza associada à existência de osso woven.	70
Figura 36- Fragmento de parietal esquerdo de um indivíduo do sexo masculino exibindo um padrão tipo “labirinto” em baixo relevo ao longo da sutura sagital acompanhado de algum crescimento ósseo e osso woven. Vista endocraniana.	71
Figura 37- Fragmento de occipital, zona da protuberância occipital interna de um indivíduo do sexo masculino exibindo novamente o mesmo padrão de “labirinto” em baixo relevo acompanhado de algum crescimento ósseo e osso woven. Vista endocraniana.....	71
Figura 38- Fragmento de fémur esquerdo, zona do colo femoral de um indivíduo do sexo masculino exibindo um grande crescimento e destruição óssea.	71
Figura 39- A) Indivíduo do sexo masculino (29-38 anos); B) Indivíduo não adulto (1-1,5 anos); C) Indivíduo do sexo feminino (20-23 anos); D) Indivíduo do sexo masculino (+ 23 anos). Os ossos pintados a cinzento indicam os ossos com alterações.	72

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição das sepulturas e ossários por níveis.	14
Tabela 2 - Categorias etárias propostas por Buikstra e Ubelaker (1994).	21
Tabela 3 - Variantes anatômicas cranianas a serem pesquisadas na amostra.	23
Tabela 4 - Variantes anatômicas pós-cranianas a serem pesquisadas na amostra.	24
Tabela 5 - Índice de conservação anatômico para cada esqueleto de acordo com a sua sepultura e índice de conservação total das inumações primárias.	33
Tabela 6 – Distribuição do número mínimo de indivíduos por tipo de inumação.	34
Tabela 7- Diagnose sexual dos esqueletos das inumações primárias de acordo com a metodologia utilizada.	36
Tabela 8 - Diagnose sexual de acordo com tipo de osso para cada ossário.	37
Tabela 9 - Diagnose sexual de seis ossos recuperados do material osteológico disperso.	39
Tabela 10 - Estimativa da idade à morte para os adultos das inumações primárias.	40
Tabela 11 - Distribuição dos cinco indivíduos adultos com um intervalo etário por categoria. Categorias etárias propostas por Buikstra e Ubelaker (1994).	40
Tabela 12 - Intervalo etário atribuído a seis ossos recuperadas do material osteológico disperso.	41
Tabela 13 – Intervalo etário obtido para os não adultos das inumações primárias de acordo com a metodologia utilizada.	42
Tabela 14 - Distribuição dos indivíduos não adultos das inumações primárias por categoria etária. Categorias etárias propostas por Buikstra e Ubelaker (1994).	42
Tabela 15 - Intervalo etário obtido para cada uma das quatro peças ósseas por ossário.	43
Tabela 16 – Intervalos etários obtidos para cada peça óssea de não adulto do material osteológico disperso.	43
Tabela 17 - Medidas retiradas dos três esqueletos em inumação primária e dos dois fêmures de ossário para a estimativa da estatura.	45
Tabela 18 - Presença das cinco variantes anatômicas cranianas nas inumações primárias.	46

Tabela 19 - Presença das cinco variantes anatómicas pós-cranianas nas inumações primárias.	47
Tabela 20 - Variantes anatómicas pós-cranianas presentes nos ossários.....	49
Tabela 21 - Distribuição do tipo de dentição nas inumações primárias pelos quatro graus de defeito do esmalte dentário definido por Wasterlain (2006).....	51
Tabela 22- Distribuição do tipo de dentição permanente pelos 8 graus de desgaste definidos por Smith (1984) nas inumações primárias.....	53
Tabela 23 - Distribuição da dentição superior e inferior decídua pelos 8 graus de desgaste definidos por Smith (1984) nas inumações primárias.....	54
Tabela 24 - Distribuição do tipo de dentição permanente recuperada nos ossários pelos 8 graus de desgaste definidos por Smith (1984).	55
Tabela 25- Distribuição do tipo de dentição permanente recuperado do material osteológico disperso pelos 8 graus de desgaste definidos por Smith (1984).	56
Tabela 26- Distribuição da dentição permanente e decídua da amostra pelos dos oito graus de desgaste definidos por Smith (1984).	56
Tabela 27 - Distribuição do tipo de dentição permanente dos esqueletos das inumações primárias pelos sete graus de presença e tamanho das cáries definidos por Buikstra e Ubelaker (1994) adaptado de Moore e Corbett (1971).	57
Tabela 28 - Distribuição da dentição superior e inferior decídua dos esqueletos das inumações primárias pelos oito graus de presença e tamanho das cáries definidos por Buikstra e Ubelaker (1994) adaptado de Moore e Corbett (1971).....	58
Tabela 29 - Distribuição da dentição permanente recuperada dos cinco ossários pelos oito graus de presença e tamanho das cáries definidos por Buikstra e Ubelaker (1994) adaptado de Moore e Corbett (1971).....	58
Tabela 30 - Distribuição da dentição permanente recuperada do material osteológico disperso pelos oito graus de presença e tamanho das cáries definidos por Buikstra e Ubelaker (1994) adaptado de Moore e Corbett (1971).	59
Tabela 31 - Distribuição da dentição permanente e decídua pelos oito graus de presença e tamanho das cáries definidos por Buikstra e Ubelaker (1994) adaptado de Moore e Corbett (1971).	60
Tabela 32- Tipos de ossos onde se verificaram lesões de cariz traumático de acordo com o sexo e categoria etária.	63

Tabela 33 - Definição de algumas das causas de morte presentes nos registos de óbito (1795-1838).	74
Tabela 34- Proporção de indivíduos do sexo feminino, masculino e indeterminados nas inumações primárias de acordo com as três amostras em análise.	78
Tabela 35- Proporção de indivíduos adultos e não adultos de acordo com as três amostras.....	79
Tabela 36- Proporção de dentes cariados, desgastados e hipoplásicos de acordo com as três amostras em análise.	81
Tabela 37 - Características dos indivíduos com lesões de cariz infeccioso.	85

1. Capítulo 1- Introdução

Este trabalho pretende estudar e caracterizar a nível demográfico e patológico um conjunto de esqueletos datados entre o século XVIII e meados do século XIX, provenientes do concelho de Ílhavo, distrito de Aveiro. Estes indivíduos foram exumados do adro da Igreja de São Salvador de Ílhavo, a sua Igreja Matriz, espaço este que até finais da década de 30 do século XIX foi utilizado para inumações.

Através de uma análise demográfica e da observação de indicadores patológicos em amostras esqueléticas podemos tentar compreender, recorrendo também a outras áreas como a História e a Medicina, como o meio que rodeava estas populações do passado teria efeito nos seus corpos e como as condições habitacionais, nutricionais e sociais em que viviam terão tido influência na vida e morte destas pessoas cujos esqueletos agora estudamos.

1.1. Explorar o passado - O estudo do esqueleto humano

Conhecer as vivências no passado sempre despertou interesse e curiosidade nas mais diversas áreas científicas. Cada uma delas tem a particularidade de abordar o passado de modo distinto, quer seja através de documentos antigos, pinturas, esculturas, ou até mesmo, pelo cruzar das diferentes fontes.

A Antropologia Biológica tem por sua vez o privilégio e o desafio de lidar com o rasto mais autêntico deixado pelo passado, algo único que simboliza tanto a vida como a morte: o esqueleto humano. É por serem uma fonte única de informação que são capazes de nos fornecer respostas sobre como os nossos antepassados respondiam à natureza, sociedade em que habitaram e cultura (Larsen, 2002). Através do estudo do esqueleto humano o antropólogo consegue retirar diversas informações acerca de vários aspetos da vida do indivíduo. Estas informações incluem a diagnose sexual, a estimativa da idade à morte, a estatura, ancestralidade, variantes anatómicas e indicadores patológicos que, por sua vez, poderão permitir compreender a saúde/ doença, a dieta e até mesmo possíveis estilos de vida (Larsen, 2002).

Para conseguir uma visão holística do passado é imprescindível e benéfico para o próprio estudo combinar diferentes áreas de estudo que abordem o passado por meios

diferentes ao nosso. Neste estudo, como veremos mais à frente, combinamos informações paleobiológicas obtidas dos esqueletos da amostra com documentos históricos, mais especificamente as causas de morte anotadas nos registos de óbitos da freguesia de São Salvador em Ílhavo, tentando assim obter uma outra visão das possíveis enfermidades que afetaram a população ilhavense entre o século XVIII e o século XIX.

1.2. Doença e mortalidade entre o século XVIII e meados do século XIX em Portugal

Os finais do século XVIII em Portugal ficaram marcados por grandes mudanças políticas e sociais, tais como um significativo desenvolvimento comercial e industrial nomeadamente na produção de têxteis e loiça fina especialmente a norte do país (Sousa,1995). Particularmente em Ílhavo, uma localidade muito ligada ao mar, apostou-se na construção naval (Jacinto, 2016) e investiu-se mais na pesca. A nível nacional, para além de um considerável crescimento comercial e industrial, também se verificou uma leve mudança na mentalidade portuguesa, incitada pelo pensamento iluminista francês. Esta mudança de mentalidade foi mais óbvia no campo das ciências, passando a existir uma maior predisposição para compreender, resolver e explicar de modo racional certos fenómenos naturais, sociais e até mesmo epidemiológicos, contrastando com a linha de pensamento típica da época que, por exemplo, atribuía o surgimento de pestes a um castigo por parte de uma entidade divina (Sousa,1995).

Em geral, as condições de vida na população portuguesa eram extremamente precárias até meados do século XVIII. Não existiam condições de saneamento básico (Conceição,2010), fazendo com que várias epidemias tomassem, por vezes, vilas por inteiro, como é o caso da cólera, que provocou inúmeras vítimas de várias faixas etárias. Para além disto, certos hábitos quotidianos da população em geral revelavam ser um enorme problema de saúde pública. Um bom exemplo disto era o arremesso de dejetos e lixo doméstico para as ruas (Martins e Martins, 2006) tornando estas vias o local ideal para a propagação de vírus e bactérias. Relativamente à alimentação, esta era muito precária, principalmente nas classes mais pobres, onde o poder de compra e escolha era escasso. De referir que todas as epidemias que surgiram a meados do século XIX em Portugal eram maioritariamente infecciosas (febres, lepra, tifo, varíola e tuberculose), algo que refletia as más condições em que o povo português vivia (Borrvalho,2014). A população jovem foi a mais afetada pelos fatores mencionados anteriormente, em

especial crianças, cujo primeiro mês de vida apresentava taxas de mortalidade elevadíssimas (Lopes,2002). Apesar disto, não eram apenas as condições habitacionais e sanitárias que colocavam em risco a vida das crianças. De igual forma, o desconhecimento que havia por parte das mães, e da população em geral, sobre, por exemplo, o tipo de alimentos que se deviam ou não dar às crianças, os hábitos de higiene que se deveriam ter com as crianças e não se tinham tornavam-se um fator de risco. Um exemplo da falta de hábitos de higiene era, por exemplo, logo que uma criança nascesse era enrolada em vários panos de modo a que ficasse bem esticada durante várias semanas, sem que, entretanto, os panos fossem trocados acumulando dejetos do próprio bebé (Lopes,2002).

1.3. Os enterramentos e práticas funerárias

Este pequeno subcapítulo descreve de forma breve a história dos enterramentos e práticas funerárias e tem como intuito situar cronologicamente o leitor na origem destes hábitos. As práticas funerárias, como as conhecemos hoje em dia, são recentes quando comparadas com os registos arqueológicos mais antigos de enterramentos que demonstram haver uma intenção e preocupação com o corpo. “Os testemunhos claros de ritual estão associados aos homens modernos [*Homo sapiens*], os mais antigos com cerca de 100 mil anos em Qafzeh e Skhul, em Israel.” (Cunha, 2010: 98). Contudo, alguns autores da comunidade científica avançam a hipótese de que já o *Homo neanderthalensis* enterraria os seus mortos (Cunha, 2010; Balter, 2012).

Toda a ritualização que conhecemos hoje em dia é uma característica marcadamente humana. O gesto funerário é caracterizado por ser prestado ao falecido um tributo, quer simbólico, quer material (Schwarz, 2014) e estes gestos estão intrinsecamente ligados ao meio cultural em que um grupo se insere divergindo um pouco por todo o mundo.

1.4. Os enterros nas Igrejas e a passagem para os Cemitérios

Com este capítulo pretende-se pôr o leitor a par do como, porquê e quando se deixaram de fazer enterramentos dentro das igrejas, e quais as circunstâncias em que foi feita a passagem desta prática para os cemitérios que conhecemos hoje em dia.

Os enterramentos feitos nas imediações das igrejas, local que corresponde ao contexto espacial deste estudo, estiveram diretamente associados à crença da Igreja

Católica na ressurreição. As igrejas terão sido inicialmente escolhidas para depositar os mortos por ser o local onde os padres, intermediários entre o poder divino e o ser humano, habitavam e falavam às populações. Nas sociedades ocidentais, no século XVIII, o hábito de enterrar os defuntos dentro e no adro das igrejas era já uma prática milenar que, segundo Philippe Ariès, terá começado no século V (Milner,2016). Ambos os mundos dos vivos e dos mortos cruzavam-se regularmente num mesmo local, sem que houvesse medo ou superstições por parte da população. Contudo, esta tolerância que existia entre os dois mundos passou a ser posta em causa em meados do século XVIII por uma parte da população, “(...) uma elite letrada e instruída [que] ampliaram o discurso acerca da necessidade de se coibir os enterramentos nas igrejas.” (Almeida,2012:1).

Esta questão foi levantada um pouco por toda a atual Europa onde foram sendo feitas pequenas grandes modificações na organização e estrutura social por parte da realeza e comunidade eclesiástica, onde esta última, por exemplo, chegou a redigir alertas que referiam os perigos que os enterramentos em locais fechados, e consequentemente mal ventilados, tinham para a saúde pública, chegando até mesmo a ser pedida em Paris, no ano de 1737, uma “(...) avaliação científica dos problemas de salubridade e dos enterramentos na cidade.” (Almeida,2012:2). Existem vários relatos acerca dos enterramentos dentro das igrejas, alguns deles assinalando em primeiro lugar o cheiro da decomposição cadavérica, os perigos que este último fator teria para a saúde pública e por último, a falta de espaço que se verificava para enterrar novos defuntos. Todos os problemas referidos anteriormente foram usados como argumentos a favor da abolição da prática de enterramentos dentro das igrejas e à construção de cemitérios fora das zonas habitacionais (Milner,2016). Apesar de, maioritariamente os enterros serem feitos dentro das igrejas, já existiam de facto cemitérios temporários fora da zona habitacional, mas eram apenas utilizados em épocas onde se registavam elevados níveis de mortandade causados por epidemias ou guerras, sendo que, após ultrapassadas, os cemitérios eram abandonados e só voltavam a ser utilizados quando uma situação semelhante surgisse (Almeida,2012).

Todos estes prenúncios de mudança, que começaram essencialmente em França, abalaram também a sociedade portuguesa que se mostrou descontente com esta nova medida [e outras] havendo até mesmo tumultos populares, o mais célebre a Revolta da

Maria da Fonte em 1846, a norte do país. Apesar do descontentamento e revoltas por parte da população, a criação dos cemitérios prosseguiu, e, “(...) por iniciativa de Rodrigo da Fonseca Magalhães, foi publicado no Diário do Governo em 21 de Setembro de 1835, o Decreto-Lei nº 44220, que veio regular a implantação, gestão e policiamento cemiterial; que proibia, também, os enterramentos dentro dos edifícios religiosos (seja dentro da igreja ou no terreno ao redor) e obrigando a construção de novos cemitérios públicos em todas as povoações do país, em nome da salubridade pública e necessidade de observação de normas sanitárias.” (Milner,2016:245).

A transição da prática dos enterramentos dentro e nas imediações das igrejas, para os cemitérios, não foi fácil. Houve, de facto, dificuldade em estabelecer os cemitérios como um local “digno”, isto porque possivelmente existia a ideia de que os cemitérios a construir iriam ter um papel semelhante aqueles que já existiam, os temporários, onde os cadáveres eram postos longe dos povoados por motivos de saúde pública, e onde a identidade pessoal se perdia no meio dos picos de mortandade, que desolavam vilas inteiras (Almeida, 2012). Existiam, portanto, ainda muitas dúvidas e desconfiança por parte da população em geral, que não conseguia aceitar a ideia de enterrar os seus mortos num local não consagrado e longe das igrejas. Era evidente que, para esta ideia ser aceite por parte das populações, os solos dos futuros cemitérios teriam de ser consagrados, criando igualmente uma igreja dentro dos cemitérios. Para além destas estruturas iriam existir também zonas ajardinadas, jazigos em forma de verdadeiras obras de arte e, algo que não existia na maioria dos enterramentos nas igrejas, as lápides sob as sepulturas. Deste modo, o falecido passava a ter uma identidade (Almeida,2012), algo que não se verificava, particularmente, nas classes mais baixas, nos enterros no adro das igrejas, cujo local de sepultamento era incógnito.

1.5. Os registos de óbito da freguesia de São Salvador em Ílhavo

Apesar de hoje em dia ser obrigatória a comunicação e registo de um óbito nem sempre foi assim. Apenas a partir de 17 de junho de 1614 passou a ser obrigatório em todo o território português, dar nota dos falecidos nas localidades num livro de assentos (David,1992). Esta nova lei promulgava que “Os assentos de óbitos deverão especialmente declarar: o dia, o mês e ano, idade e estado [civil] do falecido e, sendo casado ou viúvo o nome do conjugue com quem tinha sido casado; se faleceu com ou

sem testamento; se a pessoa morta for desconhecida, declarar os sinais que tem, feições, o lugar em que foi encontrada, e finalmente todos os indícios que pudessem ajudar o seu reconhecimento.” (David, 1992:110). Esta nova imposição tinha de ser cumprida, sendo o registo da responsabilidade do pároco da localidade, ou, na sua ausência, o seu legal substituto. Sendo assim, a partir desta data, sempre que existia um óbito cujo indivíduo fosse enterrado quer dentro ou no adro da igreja, ou já nos cemitérios, o pároco deveria escrever um assento no livro de óbitos da freguesia registando todas as informações obrigatórias definidas pela nova lei.

No caso da freguesia de São Salvador em Ílhavo, existem registos de óbito desde 1609. Porém, a informação que vem escrita nos registos de óbito difere a nível do seu conteúdo ao longo dos anos. Por vezes encontram-se informações detalhadas sobre o defunto, como por exemplo, a idade com que faleceu e qual terá sido a causa da sua morte. No entanto, as informações que mais frequentemente são referidas são o estado civil, onde vivia, os sacramentos que possuía, se deixou ou não testamento e o local onde foi sepultado (dentro ou no adro da igreja).

1.6. Objetivos de estudo

Esta dissertação tem como objetivo primário caracterizar a nível paleodemográfico e paleopatológico uma pequena série osteológica datada entre o século XVIII e inícios do século XIX, exumada do adro da Igreja de São Salvador de Ílhavo. Ao caracterizar a amostra demográfica e paleopatologicamente, tentar-se-á reconstruir alguns episódios particularmente marcantes na vida dos indivíduos. Os resultados obtidos no cumprimento deste objetivo serão discutidos e comparados com outros dois estudos, nomeadamente Inocêncio (2012) e Leitão (2016), feitos em duas amostras populacionais lisboetas do século XVIII e XIX que partilham com este estudo o seu espaço fúnebre.

Um objetivo secundário para esta dissertação corresponde à realização de um estudo exploratório comparativo entre as causas de morte presentes nos registos de óbito e os diagnósticos paleopatológicos aferidos nas inumações primárias, mais especificamente nas patologias infecciosas. As causas de morte foram anotadas pelos párocos responsáveis pelos assentos de óbito na freguesia de São Salvador, entre o período de 1795 a 1838. Este estudo exploratório pretende complementar a análise paleopatológica, uma vez que os esqueletos podem omitir certos acontecimentos, dando

deste modo uma visão mais abrangente sobre a saúde, doença e morte da população ilhavense que faleceu durante o século XVIII e XIX.

2. Capítulo 2- Contextualização Histórica e Geográfica da amostra

Ílhavo possui uma longa história. Há cerca de mil anos existiam já alusões a esta cidade, chamando-a “*Illavum*”, “*Illivo*” ou “*Illibum*” (Gomes et al.,2009). Ílhavo foi elevado a cidade em 1990 e insere-se na orla litoral sul do Distrito de Aveiro (Figura 1) integrando a ria de Aveiro e igualmente cruzada pelo canal de Mira e do Boco. Caracteriza-se por ser uma planície de baixa altitude com extensos areais e está dividida em quatro freguesias, sendo uma delas, e de maior interesse neste estudo, a de São Salvador (Figura 2).



Figura 1- Região de Aveiro. Imagem retirada de Jacinto (2016).



Figura 2 - Município de Ílhavo. Imagem retirada de Jacinto (2016).

A origem deste concelho não é clara. Não se sabe, ao certo, quem foram os primeiros povos a chegar e habitar esta região. Existem, contudo, duas hipóteses: a primeira defende que Ílhavo foi colonizada por povos fenícios, que se terão fixado quando navegavam o atlântico rumo a norte à procura de estanho; a outra defende que foram os gregos que deram origem a este povoado (Câmara Municipal de Ílhavo,2013).

Foi apenas em 1514 que o Rei D. Manuel I concedeu a Ílhavo a sua carta de foral, que tinha como objetivo regular a administração da localidade e definir os deveres e regalias, dos seus administradores (Gomes et al.,2009), sendo que as atividades mais importantes deste concelho eram a pesca, a produção de sal e alguma agricultura. Já no século XIX, a

história de Ílhavo ficou marcada por um grande progresso económico, particularmente na conceção de indústrias de construção naval, resultado da prática secular da pesca e seca do bacalhau (Jacinto, 2016).

2.1. A cidade de Ílhavo nos séculos XVIII e inícios do século XIX. Sociedade, Cultura, Subsistência e Alimentação

Ílhavo, tal como outras regiões portuguesas, sofreu mudanças a vários níveis, devendo muito ao crescimento económico que se verificou nesta região, com o aumento da exploração no campo da construção naval, e ao consequente melhoramento das condições habitacionais. Todas estas mudanças

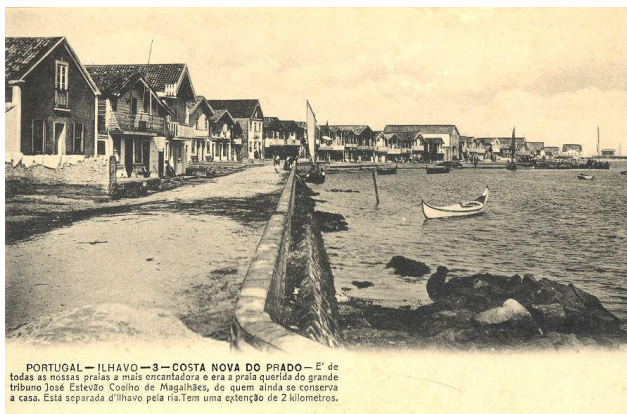


Figura 3 - Postal da Costa Nova do Prado (Norte) em Ílhavo. Imagem retirada de Câmara Municipal de Ílhavo (2013).

tiveram impacto na sociedade, tendo-se verificado um crescimento populacional relevante. Para comparação, no recenseamento de D. João III de 1527, consta que Ílhavo tinha uma população de mais ou menos 520 habitantes (Câmara Municipal de Ílhavo, 2013) e, quase dois séculos depois, no ano de 1758, Ílhavo contava já com 2957 habitantes (Gomes et al., 2009), representando um crescimento exponencial de quase seis vezes mais em relação a 1527.

Em relação à organização de estruturas em Ílhavo, Diniz Gomes em 1941, descreve-nos, com base na sua memória, a vila por volta do século XIX, dizendo que Ílhavo era composto maioritariamente por vários becos e vielas, todos eles com muitas casas pequenas e estreitas (Gomes, 1941). Para além desta observação, o autor descreve a fisionomia do homem típico de Ílhavo e a gracilidade e determinação laboral da mulher ilhavense como podemos ler em ambas as transcrições que se seguem:

“O tipo rude e forte do homem da borda do mar, o pescador de Ílhavo valente e temerário das xávegas, dos botirões, e das roubalheiras (...)” (Gomes, 1941:15).

“(...) a galante e donairoza pescadeira que iluminava a praia, essa encantadora rapariga de Ílhavo, que vivia do mar (...) de pés descalços, palminhar légoas, de canastra à cabeça ganhando um bocado de pão (...)” (Gomes, 1941:15).

Existem ainda algumas informações uteis sobre a população mais nova da vila, as crianças e jovens. Sabe-se que as crianças eram, normalmente postas nas escolas primárias com o intuito de aprender a ler e escrever, mas raramente procediam os estudos, abandonando a escola ainda no ciclo básico. Em Ílhavo, não sendo o trabalho em terra apreciado pela comunidade masculina, os rapazes, muitas vezes órfãos de pai que morria no mar, seguiam a profissão do pai e tornavam-se pescadores (Gomes, 1941).

Relativamente a questões culturais, encontram-se algumas informações acerca de remédios caseiros usados por volta de finais do século XVIII para tratar doenças, como por exemplo: “(...) a mulher casada antes de recorrer ao doutor, faziam-se escalda-pés, gemadas e lambedores (...)” (Gomes, 1941:26). Para além destes remédios caseiros, existe a indicação de que durante o século XVIII, a nível nacional, era comum serem utilizadas plantas ou até mesmo partes de animais- em conjunto com os seus dejetos para “curar” certos males como por exemplo, “O esterco de rato em pó é admirável para as dores de cólica” (Santos, 1984:196) ou ainda “Os fumos dos dentes de uma caveira aplicado por um funil aos dentes que tem dor a tira” (Santos, 1984:196).

Por fim, e no que toca à subsistência e alimentação da população ilhavense, à semelhança de outros povoados que se localizam perto de zonas marítimas, a população de Ílhavo dependia principalmente do mar e de recursos marinhos, sendo a pesca a principal profissão dos homens deste povoado já desde 1296 (Gomes et al.,2009). Para além de serem consumidos alimentos marinhos, a população consumia também produtos agrícolas, entre os quais o milho, o mais produzido, o centeio e o trigo (Capela e Matos, 2011) e também algum vinho (Gomes et al.,2009). Para complementar, a criação de animais para consumo (porcos, ovelhas e aves) faziam também parte dos produtos que eram explorados e consumidos pela população em geral (Gomes et al.,2009).

3. Capítulo 3- Material em estudo

3.1. A Igreja de São Salvador de Ílhavo

Como em todas as pequenas vilas, e não só, as igrejas ocupam um lugar de destaque na própria organização da localidade. Para além de representar um lugar de culto, a igreja apresentava um papel fundamental na organização social e cultural não só nos séculos XVIII e XIX como em outros.

No caso de Ílhavo, a sua igreja matriz (Figura 4), que tem o nome de Igreja de São Salvador de Ílhavo, sofreu várias remodelações estruturais ao longo dos séculos, a última em 2002. A igreja atualmente observável resulta de um ampliamiento do edifício e estará implantada sobre a que existia anteriormente, havendo a indicação de que a igreja foi intervencionada para



Figura 4 - Postal da Igreja de São Salvador de Ílhavo, sem data. Imagem retirada do Câmara Municipal de Ílhavo (2013).

o propósito em 1728 (Gomes et al.,2009). Como referido no subcapítulo 1.4., era hábito ainda no século XVIII e inícios do XIX, fazerem-se os enterros dentro e no adro das igrejas e por este motivo, sempre que há, na atualidade, uma empreitada nas imediações e/ou dentro das igrejas a probabilidade de surgirem esqueletos humanos é muito elevada, e a Igreja de São Salvador de Ílhavo não foi exceção uma vez que foi utilizada como espaço para enterramentos até 1839, data marcada pelo primeiro enterramento no novo cemitério da localidade (ERA-Arqueologia S.A.,2012).

3.2. A intervenção arqueológica

A descoberta do material osteológico, objeto de estudo desta dissertação, surgiu aquando da abertura de uma vala de saneamento levada a cabo pela Câmara Municipal de Ílhavo, junto à Igreja de São Salvador, mais precisamente do lado direito desta (Sudoeste – Nordeste). A intervenção arqueológica que levou à exumação do conjunto de esqueletos, ossários e material osteológico disperso foi da responsabilidade da ERA-Arqueologia S.A. em 2012 e teve a duração de um mês, tendo a intervenção sido seguida

por uma equipa de arqueologia e outra de antropologia, correspondendo a área total escavada a 8 M² (ERA-Arqueologia S.A.,2012). Foi esta mesma empresa que cedeu o material para estudo, o relatório final dos trabalhos arqueológicos e o relatório dos trabalhos de Antropologia, que permitiram ter outra visão do contexto da amostra e consequentemente clarificar algumas questões que surgiam durante a análise laboratorial.

Foram identificados *in situ* diversos enterramentos ao longo dos quatro níveis abaixo da cota do pavimento, o primeiro mais recente e o quarto mais antigo, sendo que 50% das sepulturas foram diretamente afetadas pela abertura mecânica da vala (ERA-Arqueologia S.A.,2012). Ao longo dos quatro níveis encontraram-se as diferentes sepulturas e ossários que compõem a amostra, como é possível verificar na tabela que se segue:

Tabela 1 - Distribuição das sepulturas e ossários por níveis.

Níveis	Sepulturas	Ossários
I	1, 2, 4 e 8	1 e 3
II	3, 5, 6 e 7	2
III	9 e 11	4 e 5
IV	12	-

Os níveis I, II e IV foram afetados pela abertura mecânica da vala, nomeadamente as sepulturas 1, 2, 3, 6, 8 e 12 comprometendo a caracterização biológica dos indivíduos, uma vez que nalguns dos casos não foram recuperadas as peças ósseas chave para avaliar, por exemplo, o sexo e a idade à morte.

Para além do material osteológico humano, foram também encontrados ossos de animais e ainda vestígios arqueológicos como cerâmicas, faiança, uma haste de cachimbo em caulino, um numisma e outros objetos pessoais associados a algumas sepulturas, como por exemplo, uma figa em Azeviche, dois botões em cobre, duas fivelas de sapato e ainda dois alfinetes em cobre. O numisma revelou ser de especial importância, uma vez que ao estar associado ao enchimento de uma das sepulturas no nível II permitiu balizar cronologicamente a amostra tratando-se de uma moeda do reinado de D. José I datável entre 1750 e 1777 (ERA-Arqueologia S.A.,2012).

3.3. A amostra

A amostra esquelética alvo de estudo desta dissertação, segundo consta no relatório de escavação, é proveniente, como referido anteriormente, do adro da Igreja de São Salvador e os vestígios arqueológicos encontrados no mesmo local apontam para uma cronologia entre o século XVIII e meados do século XIX.

Esta amostra é constituída por 13 esqueletos em covachos simples, todas elas primárias e individuais, à exceção de uma que é dupla. No que diz respeito a questões do âmbito da antropologia funerária, a orientação Sudoeste-Nordeste é comum a todos os enterramentos primários e os indivíduos encontravam-se em decúbito dorsal. Para além das 12 sepulturas, que alojavam 13 indivíduos, temos também cinco ossários recuperados perto das inumações primárias, perfazendo um total de 218 ossos sem qualquer articulação anatómica (ERA- Arqueologia S.A, 2012). Por fim, o material osteológico disperso, recolhido dos vários níveis identificados, sem associação a qualquer sepultura, não existindo por vezes indicação da unidade estratigráfica, com um total de 398 ossos e fragmentos ósseos e alguns dentes.

4. Capítulo 4- Métodos

Para recolher os dados dos diversos parâmetros a estudar foram criadas fichas individuais para todas as inumações primárias onde se registaram as informações coligidas. Para as inumações secundárias (ossários e material osteológico disperso) procedeu-se ao registo de modo semelhante, contudo, no caso dos ossos dispersos o seu registo foi realizado no Microsoft Office Excel 2016.

Todos os resultados obtidos nos parâmetros que se seguem serão apresentados posteriormente no Capítulo 5 - Resultados por tipologia de enterramento, à exceção do índice de conservação anatómico que se refere exclusivamente às inumações primárias. No que diz respeito às inumações secundárias, os resultados serão apresentados por tipo de osso. Foi adotado este método de apresentação de resultados com o intuito de facilitar o estudo e compreensão da amostra, uma vez que se tratam de duas realidades distintas. Os métodos a utilizar ao longo deste estudo revelaram-se os mais adequados, tendo sido explorados seis parâmetros, nomeadamente, o Índice de conservação anatómico (4.1.), Número mínimo de indivíduos (4.2.), Alterações tafonómicas (4.3.), Análise demográfica (4.4.), Análise morfológica (4.5.) e Análise paleopatológica (4.6.). Nos subcapítulos que se seguem, iremos sempre começar por referir e explicar sucintamente o que cada parâmetro implica e qual o método a utilizar no estudo do parâmetro, referindo, pontualmente, como o método é aplicado.

4.1. Índice de conservação anatómico

O índice de conservação anatómico, doravante ICA, permite, à partida, entender as prováveis limitações do nosso estudo paleodemográfico e paleopatológico. Revelou-se então pertinente, em primeiro lugar, conhecer o estado de conservação dos 13 esqueletos que compõem esta amostra, seguindo a metodologia recomendada por Garcia (2005/2006) adaptado de Dutour (1989). A ferramenta escolhida para realizar o cálculo do índice de conservação anatómico total, e conseqüentemente individual dos 13 esqueletos, foi o Microsoft Office Excel 2016.

Para realizar o ICA atribui-se um código de 0 a 1 a cada osso de cada esqueleto, sendo o 0 osso ausente, 0,50 metade do osso e 1 osso completo ou quase, calcula-se a média aritmética de todos os valores atribuídos para cada osso de cada esqueleto e por fim,

para obter o índice de conservação total, calcula-se a média dos índices de cada esqueleto (Garcia 2005/2006). Tendo já os valores finais, consoante o resultado da amostra, atribuiu-se um dos seis tipos de índice de conservação sugeridos por Garcia (2005/2006).

4.2. Número Mínimo de Indivíduos

Esta amostra, como já referido, é composta não só por esqueletos completos, mas também por ossários e material osteológico disperso, sendo fundamental calcular o número mínimo de indivíduos, doravante designado NMI, desta amostra. Para realizar o NMI da amostra seguiu-se a metodologia recomendada por Silva (1993) adaptado de Herrmann *et al.*, (1990), que prevê a separação dos ossos de indivíduos adultos dos de não adultos, por tipo de osso e lateralidade, realizando-se posteriormente o seu registo. O registo dos tipos de ossos e lateralidade é feito apenas para ossos longos, nomeadamente úmeros, rádios, ulnas, fémures, tíbias e fíbulas.

Deste modo, o osso mais representado na amostra irá corresponder ao NMI. Para os indivíduos não adultos o raciocínio será o mesmo, no entanto, teve-se em conta os diferentes estados de desenvolvimento ósseo.

4.3. Alterações Tafonómicas

O estudo da tafonomia aborda os fenómenos que acontecem ao corpo humano, e a outros organismos depois da morte. Estes fenómenos são influenciados por múltiplos fatores, podendo estes ser classificados como intrínsecos, onde se inclui a causa da morte, o sexo, a idade à morte, a massa corporal e uma condição patológica ou extrínsecos, incluindo o tipo de solo, a ação da fauna e flora e, a ação do Homem, sendo este último quem decide o local e as circunstâncias do enterramento (Roksandic,2002).

As metodologias a utilizar para analisar e compreender as alterações tafonómicas são as propostas por Buikstra e Ubelaker (1994) e Stodder (2008). Como tal teremos em conta alterações cromáticas do osso, da sua textura e também da sua forma, como proposto por estes autores. A verificação destas alterações tafonómicas numa amostra é importante pois poderá fornecer dados importantes sobre os rituais funerários e as condições a que o corpo esteve exposto.

4.4. Análise Demográfica

Ferramentas de trabalho

Durante a análise demográfica, em especial para os métodos métricos aplicados na diagnose sexual, serão utilizadas como ferramentas de trabalho uma craveira digital, fita métrica e uma tábua osteométrica. Na escolha dos métodos que se seguem, teve-se como especial critério os métodos terem sido ou desenvolvidos a partir de uma amostra portuguesa ou, se não fosse o caso, já terem sido testados e utilizados em várias amostras portuguesas.

4.4.1. Diagnose Sexual

Para a diagnose sexual teve-se apenas em conta os indivíduos adultos da amostra, isto porque, apesar de existirem estudos como o de Schutkowski (1993) para indivíduos não adultos, com uma percentagem de precisão alta (81,5% ♂ e 60% ♀), estes métodos, quando aplicados fora da série onde foram inicialmente desenvolvidos tornam-se inaplicáveis com resultados pouco credíveis, baixando significativamente a sua percentagem de precisão (Cardoso e Saunders, 2008). Para além destes fatores sabe-se ainda que os esqueletos imaturos não possuem características ósseas suficientemente dimórficas, características estas que apenas surgem na puberdade (Bass, 1987).

Estimar o sexo de um indivíduo esqueletizado tem uma enorme importância para os vários parâmetros que uma análise antropológica normalmente aborda, isto porque, algumas metodologias para estimar a idade à morte (e.g. İşcan e Loth 1984a/1985) e a estatura (e.g. Mendonça, 2000) pressupõem que o sexo seja conhecido. Para a escolha dos métodos a aplicar teve-se em conta o ICA de cada esqueleto e as peças ósseas que estavam bem preservadas. Selecionaram-se metodologias quer métricas e não métricas. Sempre que possível, deu-se preferência ao osso coxal na análise da diagnose sexual, pois é o osso que proporciona um maior nível de precisão no estudo deste parâmetro (Bruzek, 2002; Cardoso e Saunders, 2008). Isto deve-se ao facto deste osso ter um maior dimorfismo sexual, uma vez que, no caso do sexo feminino, o coxal terá de apresentar uma morfologia adaptada à gravidez e ao parto algo que no sexo masculino não se verifica. Por ordem de credibilidade científica, seguem-se o crânio, fémures, tíbias, úmeros e outros ossos como a clavícula e rádio.

Para o osso coxal utilizou-se a metodologia não métrica recomendada por Bruzek (2002), para o crânio Walrath et al. (2004), nos ossos longos serão aplicadas metodologias métricas nomeadamente Wasterlain e Cunha (2000) para o úmero e fêmur e Wasterlain (2000) para a tíbia, tálus e calcâneo. Para além das metodologias referidas anteriormente, pretende-se utilizar o método recomendado por Cardoso (2000) para o rádio e clavícula, uma vez que existem indivíduos representados apenas por um membro.

Os métodos morfológicos (não métricos) são aplicados tendo por base uma observação macroscópica por parte do investigador, sendo posteriormente comparados com uma série de elementos anatómicos que examinam as principais diferenças entre o sexo feminino e masculino. Nas metodologias métricas, para os ossos longos e do pé, são efetuadas várias medições de acordo com o método escolhido para o efeito. Estas dimensões podem ser o comprimento total, comprimento fisiológico, diâmetro e perímetro. As medidas obtidas foram, sempre que possível, retiradas do osso com lateralidade esquerda a menos que o osso esquerdo não tenha sido recuperado ou não esteja bem conservado. Posteriormente as medidas serão comparadas com os pontos de cisão calculados previamente pelos autores. Note-se ainda que um indivíduo será classificado como de sexo indeterminado sempre que não existam as peças ósseas chave para determinar este parâmetro, quando as diferentes metodologias apresentarem resultados contrários ou quando os resultados obtidos levantarem dúvidas.

4.4.2. Estimativa da Idade à Morte

Ao contrário do estudo da diagnose sexual, difícil de analisar nos esqueletos não adultos, a estimativa da idade à morte é mais precisa neste grupo etário do que nos adultos. Isto acontece porque as fases de maturação esquelética e dentária acontecem mais ou menos na mesma altura em todas as crianças (Lewis, 2007) salvo exceções que podem ser influenciadas por uma causa intrínseca ao indivíduo, como a existência de um problema de saúde, ou extrínseca, como por exemplo a falta de alimento (Buikstra e Ubelaker, 1994). A estimativa da idade à morte nos adultos é mais problemática e imprecisa pois é feita tendo por base as alterações morfológicas e degenerativas características do envelhecimento, que podem acontecer mais ou menos tarde dependendo, também, de diversos fatores (Buikstra e Ubelaker, 1994). São nas alterações morfológicas e de desenvolvimento ósseo/ dentário, características do ser humano, que

as metodologias seguintes se focam. É importante ainda referir que, na estimativa da idade à morte, o intervalo etário obtido refere-se à idade fisiológica, que pode muitas vezes divergir da idade cronológica do indivíduo, sobretudo quando se trata de uma pessoa com idade avançada (Cunha et al.,2009).

Na tabela que se segue constam as sete diferentes categorias etárias propostas por Buikstra e Ubelaker (1994) que serão utilizadas para especificar a fase etária em que um indivíduo se encontra (Tabela 2):

Tabela 2 - Categorias etárias propostas por Buikstra e Ubelaker (1994).

Feto (antes do nascimento)
Infante (do nascimento até aos 3 anos)
Criança (dos 4 aos 12 anos)
Adolescente (dos 13 aos 20 anos)
Jovem adulto (dos 21 aos 35 anos)
Adultos (dos 36 aos 50 anos)
Adultos idosos (+ de 50 anos)

4.4.2.1. Adultos

Serão considerados adultos todos os indivíduos que apresentem a fusão das epífises com as diáfises completa. Para a estimativa da idade à morte em adultos serão utilizadas as metodologias recomendadas por Buckberry e Chamberlain (2002) para a superfície auricular, Işcan e Loth 1984a/ 1985 *in* Işcan e Stein (2013) para a extremidade esternal da 4ª costela, onde se adaptou também esta metodologia para a 3ª, 5ª e 6ª costela, para a 1ª costela DiGangi et al. (2009) e ainda Black e Scheuer (1996) para as alterações morfológicas da epífise medial da clavícula.

4.4.2.2. Não Adultos

Para verificar a existência de um esqueleto de um indivíduo jovem adulto, a união das epífises será observada de acordo com as recomendações de Buikstra e Ubelaker (1994) e Scheuer e Black (2000). Relativamente aos não-adultos, serão utilizadas as metodologias recomendadas por Ubelaker (1989) para o desenvolvimento e erupção dentária, Scheuer e Black (2000) e Schaefer et al. (2009) para a formação e união das epífises e diáfises e a tabela de Maresh (1970) *in* Scheuer e Black (2000) para o comprimento das diáfises dos ossos longos, neste caso para os fémures, uma vez que são os únicos ossos longos de não adulto recuperados. Para além destas metodologias será

também aplicada a metodologia recomendada por Black e Scheuer (1996) para o comprimento máximo da clavícula e para as alterações morfológicas da epífise medial da mesma.

4.5. Análise Morfológica

A análise morfológica, quer métrica quer não métrica, será apenas estudada e pesquisada no que concerne indivíduos adultos, isto porque nos não adultos existem ainda várias lacunas relativas ao estudo deste parâmetro dada a variação que existe no crescimento e desenvolvimento entre indivíduos e populações diferentes (Brits et al., 2017). Para além disso, normalmente as epífises dos ossos longos ou não se encontram bem preservadas dada a sua diminuta densidade óssea ou não são recuperadas de todo (Brits et al., 2017). Deste modo, neste capítulo iremos estudar a estatura e pesquisar variantes anatómicas.

4.5.1. Estatura

Relativamente à análise morfológica métrica será estudada a estatura. A estatura diverge entre pessoas do mesmo sexo, idade, a nível interpopulacional e ainda ao longo de um período de 24h, estando este último ponto relacionado com o efeito da gravidade nas articulações (Mendonça, 2000; Cardoso et al., 2016). Acrescente-se que pode também ser condicionada pela existência de uma patologia, por exemplo, endócrina, como o Hiperpituitarismo e Hipopituitarismo que se devem a uma produção excessiva ou diminuta da hormona do crescimento. Apesar destas condicionantes, sabe-se que existe uma relação entre a estatura e o comprimento dos ossos longos, e, por este motivo, irão ser utilizados, sempre que possível, úmeros e fémures disponíveis na amostra e ainda metatarsos, nomeadamente o primeiro e segundo.

As metodologias a aplicar no estudo da estatura serão a recomendada por Mendonça (2000) para o úmero e fémur e ainda a de Cordeiro et al. (2009) para o primeiro e segundo metatarsianos, sendo que, ambas as metodologias se baseiam essencialmente na medição do comprimento dos ossos. Como referido anteriormente, iremos, sempre que possível, utilizar os ossos com lateralidade esquerda, a menos que estes não tenham sido recuperados e/ ou não estejam bem conservados.

4.5.2. Variantes anatómicas

Desde a descoberta da existência das variantes anatómicas, por volta do início do século XVIII, têm sido reportadas diversas variantes e em diferentes zonas do esqueleto, apesar de não afetarem o funcionamento normal do corpo humano (Saunders e Rainey, 2008). As variantes anatómicas são pequenas variações esqueléticas ou dentárias que podem ou não estar presentes no esqueleto humano (Buikstra e Ubelaker, 1994; White e Folkens, 2005; Saunders e Rainey, 2008). Uma das grandes vantagens do estudo das variantes anatómicas, segundo Buikstra e Ubelaker (1994), é que estas podem ser estudadas quer em amostras com esqueletos completos, quer em amostras cujos ossos estejam fragmentados, vantagem esta bastante conveniente nesta amostra.

As variantes anatómicas serão pesquisadas na amostra segundo as propostas de Saunders e Rainey (2008), Buikstra e Ubelaker (1994) e Finnegan (1978), que serão registadas, em ambos os lados esquerdo e direito, como presentes, ausentes ou não observáveis, salvo quando existirem variantes anatómicas com uma escala de classificação específica. Segue-se a listagem das variantes cranianas e pós cranianas a pesquisar (Tabelas 3 e 4):

Tabela 3 - Variantes anatómicas cranianas a serem pesquisadas na amostra.

Metopismo	<i>Foramina</i> parietais
<i>Foramina</i> supraorbital	Ossículo sagital
Incisura supraorbitária	Ossículo lambdoide
<i>Foramina</i> zigomático-facial	Osso Inca
<i>Foramina</i> infraorbital	Ossos Wormianos
Sutura escamomastoidea	Torus maxilar
<i>Foramina</i> mastóide	Torus palatino
Ossículo occipito-mastoide	Torus mandibular
Ossículo <i>asterion</i>	<i>Foramina</i> mentais duplos
Ossículo coronal	Ponte mielohiode
Sutura supranasal	<i>Os Japonicum</i>

Tabela 4 - Variantes anatômicas pós-cranianas a serem pesquisadas na amostra.

Osso	Variante Anatômica	Osso	Variante Anatômica
Clavícula	- Fossa romboide	Ulna	- Forma da Incisura troclear (S/ divisão/ Divisão parcial/ Divisão completa)
Escápula	- Foramen supraescapular	Fêmur	- Fossa de Alen - Faceta de Poirer - Fossa Hipotrocanteriana - Terceiro trocânter - Placa
Esterno	- Foramen no esterno	Patela	- Patella emarginata - Fossa vastus
Úmero	- Abertura septal - Processo supratroclear	Tíbia	- Faceta de agachamento lateral - Faceta de agachamento medial
Vértebras	- Ponte posterior do atlas - Ponte Lateral do atlas - Faceta dupla do atlas - Foramen transverso bipartido na C3/C4/C5/C6 e C7	Tálus	- Os trigonum - Faceta medial de agachamento - Faceta lateral de agachamento
Sacro	- Facetas sacrais acessórias	Calcâneo	- Tubérculo peroneal

4.6. Análise Paleopatológica

4.6.1. Patologia Oral

A antropologia dentária “[é um] ramo da antropologia física que se preocupa em estudar a origem, evolução e desenvolvimento da dentição dos primatas, especialmente dos humanos, e a ligação entre a dentição dos primatas e o meio físico e social.” (*Medical Dictionary for the Dental Professions*, 2012 in Irish e Scott, 2016).

O estudo da dentição humana revela ser de extrema importância uma vez que “(...) os dentes são uma das provas físicas mais duradouras da existência de um indivíduo após a sua morte.” (Wasterlain, 2006:3; Irish e Scott, 2016). Outra característica a favor do estudo da dentição é a de que, uma vez que não sofrem remodelação, como o tecido ósseo, podemos sempre observar alterações que tenham ocorrido durante a vida de um indivíduo, como por exemplo, cáries e desgaste dentário salvo quando existe perda dentária *ante mortem* ou restauro (Wasterlain, 2006).

Nos parâmetros que se seguem todos os dentes da amostra, quer decíduos como permanentes, *in situ* ou soltos, serão analisados.

4.6.1.1. Hipoplasias do Esmalte Dentário

São vários os fatores que contribuem para a amorfia do esmalte, os mais conhecidos e estudados são a má nutrição, a herança genética, adquirir uma doença infecciosa ou por meio de outro distúrbio fisiológico que ocorram durante a fase em que o esmalte dentário está a ser composto pelo organismo (Buikstra e Ubelaker, 1994; Wasterlain, 2006). O estudo e registo desta alteração revela ter uma enorme importância no estudo das populações do passado, uma vez que estudos recentes, feitos em populações vivas, apontam a relação destes distúrbios com o estado de saúde e dieta (Buikstra e Ubelaker, 1994).

As hipoplasias do esmalte dentário serão estudadas seguindo a metodologia recomendada por Wasterlain (2006), observando macroscopicamente dente a dente e registando o tipo de defeito (sulco, fenda ou plano) de acordo com os quatro graus pré-definidos pela autora.

4.6.1.2. Desgaste dentário

O desgaste dentário não é uma patologia dentária, porém, pode dar origem a infeções caso a polpa dentária seja exposta na sequência de um grande desgaste dos tecidos duros (Wasterlain,2006; Kaidonis, 2008; Scott,2012). Este desgaste dos tecidos duros é um processo fisiológico normal e tende a aumentar com o avanço da idade, uma vez que não há reposição de esmalte. Esta ausência de reposição de esmalte é uma situação irreversível a menos que haja intervenção médica, o que apenas começou a existir a partir do século XIX (Wasterlain, 2006; Cope,2012). O desgaste dentário está relacionado com a ingestão de uma dieta abrasiva, com o uso dos dentes para fins não alimentares, como por exemplo o auxílio a trabalhos manuais, e ainda com a ingestão de comidas ou bebidas ácidas e/ou a existência de uma condição regurgitativa que pode derivar, por exemplo, de um distúrbio alimentar ou alcoolismo (Wasterlain, 2006; Scott, 2012). A metodologia adotada para o estudo do desgaste dentário será a de Smith (1984).

4.6.1.3. Cárie dentária

A cárie dentária está entre as patologias dentárias mais encontradas no registo arqueológico (Buikstra e Ubelaker, 1994; Larsen, 1997). As cáries caracterizam-se pela “(...) desmineralização focal dos tecidos duros dentários através de ácidos orgânicos produzidos pela fermentação bacteriana dos hidratos de carbono dietéticos, especialmente os açúcares.” (Larsen, 1997:65) e apresentam várias fases de evolução. Podem estar presentes apenas sob forma de uma pequena cavidade sem exposição de dentina secundária até grandes cavidades que, caso não sejam tratadas irão continuar a progredir levando à destruição completa da coroa do dente e da estrutura dentária evoluindo, possivelmente, para uma infeção mais grave, caso a cavidade polpar seja exposta (Buikstra e Ubelaker,1994; Larsen,1997; Wasterlain,2006).

Para registar as cáries iremos seguir a metodologia recomendada por Buikstra e Ubelaker (1994) adaptada de Moore e Corbett (1971), que tem em conta a presença e tamanho da cárie.

4.6.2. Lesões traumáticas

Encontrar num esqueleto evidências de uma lesão traumática é muito relevante pois estas lesões podem permitir retirar ilações sobre o estilo de vida, ocupações laborais e também, o acesso a tratamento médico e possíveis complicações que possam ter surgido (Roberts e Manchester,2005).

As fraturas ocorrem por meio de um evento traumático que leva à descontinuidade do osso, sendo de extrema importância conseguir distinguir entre uma fratura *ante mortem*, *peri mortem* e *post mortem* (Roberts e Manchester,2005). Para além de um evento traumático, as fraturas podem também derivar de uma condição patológica que enfraqueceu o osso (Ortner e Putschar,1981), como por exemplo, a osteoporose. Estas fraturas podem ser contidas ou expostas caso haja contacto com o meio exterior, sendo que, quando existe uma fratura exposta, esta torna-se um meio de entrada para diversas bactérias originando uma possível infeção, que sem a existência de antibióticos nas populações do passado, seria potencialmente fatal (Roberts e Manchester,2005). O processo de cicatrização de uma fratura depende de vários fatores, os mais importantes, o tipo de fratura, posição da fratura no osso, o grau de severidade da mesma, a estabilidade durante o processo de consolidação do osso, outras condições patológicas

que possam interferir com o processo, idade e nutrição e claro, o acesso a tratamento médico (Roberts e Manchester, 2005). O corpo responde à existência de uma fratura, numa primeira fase fechando a fratura com osso novo, substituindo posteriormente este osso novo por osso lamelar, que é mais denso, e por fim, caso exista tratamento médico a fratura é realinhada e o osso remodela, processo este que pode demorar vários anos (Roberts e Manchester,2005).

Ao longo deste estudo ter-se-á em conta a possível presença de lesões com uma origem traumática, bem como o grau de consolidação óssea, de modo a conseguir responder se a lesão teria sido feita *ante mortem ou peri mortem*. As lesões foram registadas descrevendo o tipo de osso em que se verificou uma lesão, a sua lateralidade, o local específico da lesão e se a fratura estava ou não consolidada.

4.6.3. Lesões Degenerativas

As lesões degenerativas são dos indicadores mais comumente encontrados no âmbito do estudo das populações do passado (Roberts e Manchester,2005; Ortner e Putschar, 1981; Larsen,1997; Waldron,2009). A deterioração das articulações, dos órgãos, e de todo o corpo ao longo da idade, é um fenómeno natural e comum a todos os seres vivos. Porém, é mais perceptível no ser humano também pela sua esperança de vida muito superior à dos restantes seres vivos, salvo algumas exceções (Roberts e Manchester,2005).

Iremos neste subcapítulo abordar as lesões degenerativas articulares e as lesões degenerativas não articulares, em especial lesões nas enteses. Em ambos os parâmetros registaram-se e classificaram-se apenas os ossos nos quais foram verificadas alterações de cariz degenerativo.

4.6.3.1. Articulares

A osteoartrose é uma doença articular não inflamatória que afeta principalmente articulações sinoviais (Waldron, 2009) e está relacionada com diversos fatores intrínsecos e extrínsecos ao ser humano, entre eles a idade, a predisposição genética, o sexo e a atividade física. Esta doença é caracterizada pela perda contínua de cartilagem até que a superfície óssea seja exposta e exista contacto de osso com osso (eburnação). Em resposta a este fator, a articulação tenta reparar os danos causados pela ausência de

cartilagem produzindo osso novo que transpõe, muitas vezes, o contorno normal da articulação (Waldron, 2009). A eburnação é considerada por Waldron (2009) como uma lesão patognomónica da osteoartrose, argumentando que, apesar de poder ser causada por outras patologias articulares, não existe dificuldade em diferenciá-las da osteoartrose.

O estudo desta patologia será feito com base nas recomendações de Waldron (2009) que, para considerar esta doença como um possível diagnóstico, requer a presença de eburnação ou na sua ausência, pelo menos duas das seguintes lesões: osteófitos marginais, formação de osso novo na articulação, porosidade na articulação e alteração do contorno da articulação.

4.6.3.2. Não articulares

As alterações da entese, indicam a alteração patológica da estrutura ligamentar. Estas alterações podem ser causadas por diversos fatores, como por exemplo, trauma ou uma origem inflamatória (Villotte e Knusel, 2012; Jurmain e Villotte, 2010). As zonas afetadas são assinaladas por uma projeção anormal de osso que segue a zona de inserção de tendões e ligamentos, com especial incidência nas extremidades dos membros inferiores (calcâneo), patela e coxais e podem ocorrer na sequência de atividade muscular prolongada e excessiva ou trauma (Larsen,1997).

Neste estudo será dada atenção a todas as zonas de inserção de ligamentos, quer para o esqueleto axial quer para o apendicular, tendo em especial atenção as zonas de inserção que estão, normalmente, sujeitas a um maior esforço biomecânico. Para tal, a metodologia a aplicar será a de Crubézy (1988) adaptada por Cunha (1994).

4.6.4. Indicadores de stress fisiológico

Existem diversos indicadores de stress fisiológico. No entanto, neste estudo, exploram-se apenas *cribra orbitalia* e a hiperostose porótica. As alterações ósseas causadas pela *cribra orbitalia* e hiperostose porótica são semelhantes (Wapler et al.,2004). Caracterizam-se por lesões porosas de pequeno ou grande diâmetro, no teto das órbitas (*cribra orbitalia*) e na tábua externa do crânio (hiperostose porótica). Existem várias patologias que podem causar esta reação óssea (e.g. Osteíte e Hipervascularização) contudo, a principal causa a apontar poderá ser a anemia por deficiência em ferro

(Wapler et al.,2004; Larsen,1997). A frequência destas lesões tende a variar de população para população, bem como no seu grau de severidade (Roberts e Manchester,2005).

Neste estudo serão registados os casos que revelem estas lesões seguindo as recomendações de Larsen (1997).

4.6.5. Patologia Congénita

As patologias congénitas são anomalias que ocorrem durante o desenvolvimento do feto. Estas anomalias podem ocorrer tanto nos tecidos moles do corpo como no esqueleto, sendo estas últimas as de maior interesse neste estudo. Dentro das patologias congénitas podem ser incluídas diversas anomalias, desde aquelas consideradas pouco significativas (e.g. agénese de um dente) até a anomalias que comprometem a qualidade de vida do indivíduo e até mesmo a própria vida (e.g. anencefalia, espinha bífida, palato fendido, microcefalia e hidrocefalia) (Barnes,2012; Roberts e Manchester,2005). Existem várias causas apontadas para o surgimento destas anomalias, no entanto, cerca de 90% dos defeitos de desenvolvimento são causados por problemas genéticos (Roberts e Manchester,2005).

Neste parâmetro registaram-se apenas os ossos em se verificaram alterações de tipo congénito, seguindo as recomendações de Barnes (2012) e Roberts e Manchester (2005).

4.6.6. Patologia Infeciosa

As patologias infecciosas podem ocupar, sem dúvida, o primeiro lugar daquelas que mais vidas ceifaram no passado, antes da existência dos antibióticos, excedendo até mesmo, os danos causados por guerras e fome (Inhorn e Brown,1990). São causadas por bactérias, vírus, fungos ou parasitas e a obtenção de uma patologia infecciosa está relacionada com vários fatores, entre eles, novamente a idade, sexo, predisposição genética, imunidade e condições sanitárias do local onde o indivíduo se insere, sendo as crianças o grupo etário mais vulnerável a adquirir e falecer delas (Roberts e Manchester,2005).

A infeção causada por um agente patogénico caracteriza-se por uma reação celular contra um organismo estranho e reflete-se no indivíduo através de sintomas como febre, inchaço e dor (Roberts e Manchester,2005). As lesões que podemos encontrar no esqueleto caracterizam-se pela formação de osso novo, destruição de osso ou ambas.

Numa primeira fase do processo infeccioso podemos encontrar osso *woven*, que ao longo do tempo irá incorporar a superfície óssea e tornar-se lamelar (Roberts e Manchester,2005). São diversas as doenças que se inserem no ramo das patologias infecciosas. Estas patologias tendem a reemergir de tempos a tempos (e.g. cólera) e estão intrinsecamente relacionadas com a pobreza, que por sua vez leva a uma má nutrição, cuidados de saúde deficientes, estando também relacionadas com o elevado tráfego intercontinental que se verifica hoje em dia em praticamente todos os países do mundo. Algumas das doenças que mataram milhares de pessoas a nível mundial são conhecidas de episódios históricos, como por exemplo a peste negra, varíola e cólera. Apesar de existirem bastantes doenças de foro infeccioso, a vasta maioria das doenças afeta primariamente os tecidos moles do corpo (e.g. peste negra) e muitas vezes não deixam marcas na superfície óssea tornando a sua deteção macroscópica impossível (Roberts e Manchester, 2005).

Neste subcapítulo iremos pesquisar em todos os ossos que compõem a amostra, formação e destruição de osso de acordo com as recomendações dadas por Roberts e Manchester (2005) e descrever a localização exata, dispersão e aparência.

4.7. Levantamento de dados dos Registos de óbito da freguesia de São Salvador em Ílhavo

O acesso aos registos de óbito da freguesia de São Salvador em Ílhavo foi feito através da plataforma digital *tombo.pt*, que está acessível ao público em geral e onde constam os livros de registo originais digitalizados. Teve-se em conta a legislação n.º 2 do art.º 17.º do Decreto-lei n.º 16/93 em vigor sobre o uso de dados de arquivos históricos para publicação (Silveira,2002).

Nesta plataforma, para além de registos de óbito, é possível obter informação sobre registos de batismo, casamentos e perfilhações. Apesar disto, este estudo de cariz exploratório, incidiu apenas sobre os óbitos. No *site* podemos aceder a dados dos registos de óbito que vão desde o início do século XVII, mais precisamente 1609, até inícios do século XX, mais precisamente 1910, embora se verifique uma variação do tipo de informação que contêm, como referido anteriormente, a nível do seu conteúdo ao longos dos anos. Por exemplo, até ao ano de 1795 são poucos os registos que referem a causa da morte dos indivíduos, dando apenas conhecimento do nome do falecido, se faleceu

com ou sem sacramentos e quais, o seu estado civil, a localidade da pessoa em questão, se foi enterrada dentro ou fora da igreja e se deixou ou não testamento.

Para este estudo exploratório será apenas analisado o período entre 1795 até 1838, isto porque, após uma primeira análise do conteúdo dos livros de óbito, foi possível verificar que antes de 1795 as causas de morte foram raramente anotadas pelo pároco da localidade, e quando se verificam parecem apenas servir para justificar quando um indivíduo faleceu sem sacramentos, por exemplo, por ter morrido afogado. Escolheu-se ainda 1838 porque, segundo o livro de óbitos, marca o último enterro na igreja de São Salvador de Ílhavo. Apesar de ciente das limitações do estudo de documentos antigos, uma vez que as causas de morte poderão ser às vezes erróneas dado ao pouco conhecimento médico da época, procedeu-se à análise destes registos de óbitos, pois iria certamente fornecer uma visão adicional do passado da população ilhavense que faleceu entre 1795 e 1938.

Deste modo, procuraram-se essencialmente referências a causas de morte nos assentos de óbito e sempre que isto se verificasse, procedia-se à extração dos dados relativos ao sexo, idade com que a pessoa faleceu, a causa de morte referida e o ano em que a pessoa faleceu. A organização dos dados foi efetuada no Microsoft Office Excel 2016, de acordo com a causa de morte e o número de pessoas que padeceram dela, tendo em conta o sexo, a idade e o ano de óbito.

5. Capítulo 5- Resultados

5.1. Estado de Conservação

Como referido no capítulo anterior, o estado de conservação foi apenas estudado nos 13 esqueletos que pertencem às inumações primárias. A média do índice de conservação das inumações primárias é de 33%, o que corresponde a um índice de conservação razoável (Garcia, 2005/2006). No que respeita a indivíduos adultos, podemos apurar que o índice de conservação corresponde a 36%, sendo o mais elevado de 74% e pertence ao indivíduo da sepultura 11. O índice mais baixo (7%) pertence ao indivíduo da sepultura 2, que sofreu afetação direta durante a empreitada. Para os indivíduos não adultos, o ICA é de 28%, sendo o índice mais elevado de 51% do indivíduo da sepultura 3 e o mais baixo de 8%, da sepultura 8 (Tabela 5).

Tabela 5 - Índice de conservação anatómico para cada esqueleto de acordo com a sua sepultura e índice de conservação total das inumações primárias.

Nº da Sepultura	Adulto/ Não adulto	I.C.A. (%)	Nº da Sepultura	Adulto/ Não adulto	I.C.A. (%)
1	Adulto	42%	7	Não adulto	30%
2	Adulto	7%	8	Não adulto	8%
3	Não adulto	51%	9	Adulto	57%
				Não adulto	26%
4	Não adulto	27%	10	Adulto	8%
5	Adulto	42%	11	Adulto	74%
6	Adulto	30%	12	Adulto	31%
I.C.A. total dos esqueletos das inumações primárias = 33%					

Ao ter em conta os valores apresentados na tabela anterior, é compreensível e expectável que existam algumas limitações no estudo paleodemográfico da amostra. Nalgumas inumações não foi possível aplicar de todo certas metodologias não métricas e métricas, pelo facto de os ossos estarem demasiado fragmentados ou não terem sido recuperados durante a escavação.

5.2. Número Mínimo de Indivíduos

O número mínimo de indivíduos calculado para as inumações primárias corresponde a 13 indivíduos, dos quais oito adultos e cinco não adultos. Relativamente às inumações secundárias, nomeadamente os cinco ossários e material osteológico disperso obtemos um NMI de 25 indivíduos, 16 adultos e nove não adultos (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição do número mínimo de indivíduos por tipo de inumação.

Tipo de Inumação	Adultos	Não adultos	Total
Primária	8	5	13
Secundária			
Ossário 1	2	1	3
Ossário 2	3	1	4
Ossário 3	1	1	2
Ossário 4	3	-	3
Ossário 5	2	1	3
Ossos Dispersos	5	5	10
Total			38

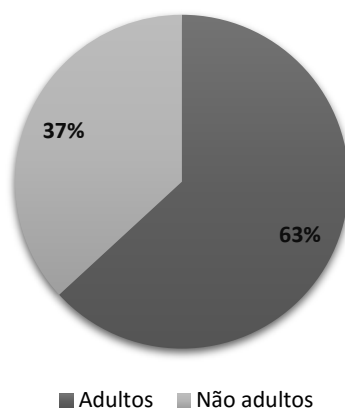


Figura 5 - Proporção de indivíduos adultos e não adultos da amostra.

Deste modo, tendo em conta os dados referidos anteriormente e a informação que consta na figura 5, conclui-se que a amostra em estudo é composta por um número mínimo de indivíduos de 38 indivíduos, maioritariamente adultos, 24, (63% da amostra total) e 14 não adultos (37% da amostra total), sendo que, nas inumações secundárias, o osso mais representativo dos adultos foi o fémur esquerdo e nos não adultos o fémur direito.

5.3. Alterações Tafonómicas

Durante a observação de alterações tafonómicas em ambos os tipos de inumações, verificou-se a alteração da coloração normal do osso para uma coloração verde que, segundo Buikstra e Ubelaker (1994) e Stodder (2008) está relacionado com o contacto da superfície óssea com objetos metálicos, que podem ser objetos votivos ou do vestuário do próprio falecido, como podemos verificar nas peças ósseas representadas nas figuras 6 e 7 que pertencem ambas ao mesmo indivíduo.



Figura 6 - Mandíbula de um indivíduo adulto jovem do sexo masculino com alteração cromática causada pelo contacto de um objeto metálico (Esqueleto da sepultura11).



Figura 7 – Frontal de um indivíduo adulto jovem do sexo masculino com alteração cromática causada pelo contacto com um objetivo metálico (Esqueleto da sepultura 11).

Para além de alterações cromáticas, verificou-se também, alteração da textura do osso para uma bem mais áspera e irregular, com especial exuberância no material de ossário e material osteológico disperso (Figura 8). Tal pode justificar-se uma vez que estes ossos foram deslocados do seu local de inumação primário e conseqüentemente expostos a mais fatores de degradação e erosão.



Figura 8 - Diáfise de fémur esquerdo adulto evidenciando destruição tafonómica. Ossário 5.

5.4. Análise Demográfica

5.4.1. Diagnose Sexual

Inumações primárias

A análise da diagnose sexual foi exequível em seis das oito inumações primárias adultas (75%). Este estudo revelou a presença de indivíduos de ambos os sexos, sendo dois indivíduos do sexo feminino (25%), quatro indivíduos do sexo masculino (50%) e apenas dois indivíduos em que não foi possível determinar o sexo (25%), como se pode verificar na Tabela 7 e na Figura 9. A ausência da diagnose sexual em ambos os indivíduos referidos anteriormente deve-se ao facto das peças ósseas necessárias estarem muito fragmentadas ou não terem sido recuperadas durante a escavação. Note-se ainda que, maioritariamente, para ambos os sexos, os métodos mais utilizados foram os métricos, nomeadamente Wasterlain e Cunha (2000) e Wasterlain (2000). A pouca utilização de metodologias morfológicas deve-se ao facto de os ossos não estarem bem preservados.

Tabela 7- Diagnose sexual dos esqueletos das inumações primárias de acordo com a metodologia utilizada.

Sepultura	Métodos morfológicos		Métodos métricos				Final
	Coxal	Crânio	Longos	Quais	Outros ossos	Quais	
1	-	-	M	Tíbia e Tálus	-	-	M
2	-	-	-	-	-	-	I
5	-	-	F	Fémur e Tíbia	F	Rádio	F
6	-	-	-	-	-	-	I
10	-	-	M	Talus	-	-	M
12	F	-	F	Fémur, Tíbia, Calcâneo e Tálus	-	-	F
11	M	M	M	Fémur, Úmero, Tíbia, Calcâneo e Tálus	M	Rádio	M
9	M	M	M	Fémur, Úmero, Tíbia, Calcâneo e Tálus	M	Rádio	M

Metodologias: Coxal (Bruzek,2002); Crânio (Walrath et al.,2004); Ossos longos (Wasterlain,2000; Wasterlain e Cunha,2000); Outros ossos (Cardoso,2000).

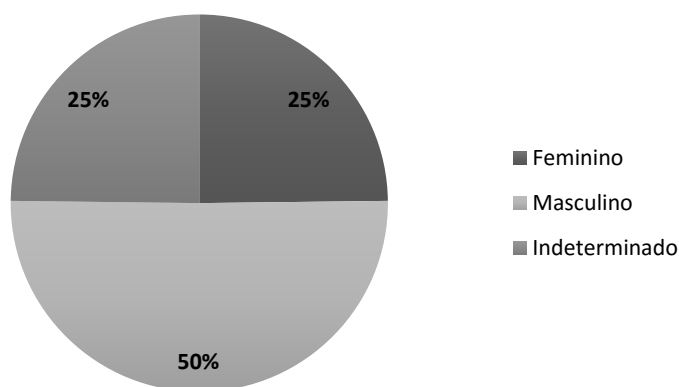


Figura 9 – Proporção sexual nas inumações primárias.

Inumações secundárias

Ossários

Nos cinco ossários foram vistos um total de 218 fragmentos ósseos e dentários, 189 deles pertencentes a adultos. Porém, destas 189 peças, apenas foi possível efetuar a diagnose sexual em 19 (10%), majoritariamente úmeros, rádios, fêmures, tíbias e talus, recorrendo, quase exclusivamente, a metodologias métricas, salvo cinco exceções em que foram utilizadas metodologias morfológicas, nomeadamente para três crânios e dois fragmentos de coxal (Tabela 8).

Tabela 8 - Diagnose sexual de acordo com tipo de osso para cada ossário.

	Tipo de osso	n	D	E	Diagnose sexual		Total
					Sexo	Metodologias aplicadas	
Ossário 1	Mandíbula	1	-	-	♂=1	Buikstra e Ubelaker (1994)	♂ n= 1
	Rádio	1	-	1	♀=1	Cardoso (2000)	♀ n=1
Ossário 2	Tíbia	2	1	1	♀=2	Wasterlain (2000)	♂ n= 6 ♀ n= 3 I n=1
	Calcâneo	1	1	-	♂=1	Wasterlain (2000)	
	Fémur	1	-	1	♂=1	Wasterlain e Cunha (2000)	
	Úmero	3	2	1	♂=2 / I =1	Wasterlain e Cunha (2000)	
	Rádio	2	1	1	♂=2	Cardoso (2000)	
	Mandíbula	1	-	-	♀ =1	Buikstra e Ubelaker (1994)	
Ossário 3	-	-	-	-	-	-	-
Ossário 4	Fémur	3	2	1	♂=3	Wasterlain e Cunha (2000)	♂ n=3 ♀ n=2
	Tíbia	1	-	1	♀=1	Wasterlain (2000)	
	Crânio	1	-	-	♀=1	Walrath et al. (2004)	

Ossário 5	Crânio	1	-	-	♀=1	Walrath et al. (2004)	♂ n=0
	Crânio	1	-	-	♀=1	Walrath et al. (2004)	♀ n=2
Total		19	7	7			♂ n= 10 ♀ n= 8 I n=1

Abreviaturas: n- número de peças ósseas; D- direita; E- esquerda; I- indeterminado; ♂- sexo masculino; ♀- sexo feminino.

Através da Tabela 8, é possível afirmar que no ossário 1 (total 51 ossos e fragmentos), obteve-se uma mandíbula com características masculinas e um rádio feminino. No ossário 2, aquele com maior número de ossos e fragmentos ósseos (total de 117 ossos e fragmentos) obtiveram-se duas tíbias e uma mandíbula femininas, um calcâneo, um fêmur, dois úmeros e um rádio pertencente ao sexo masculino e ainda um úmero esquerdo classificado como indeterminado. No ossário 3 (com um total de 37 ossos e fragmentos), não foi possível realizar a diagnose sexual em nenhuma peça óssea. O ossário 4 (com um total de 7 ossos), revelou a presença de três fêmures masculinos e ainda uma tíbia e um crânio tipicamente femininos. Por último, o ossário 5 (com 6 ossos) revelou a presença de dois crânios tipicamente femininos.

Deste modo, das 19 peças ósseas em que conseguimos estudar este parâmetro oito são tipicamente femininas (42%), dez tipicamente masculinas (53%) e uma em que não foi possível realizar a diagnose sexual (5%).

Material osteológico disperso

O material osteológico totaliza 398 ossos e fragmentos ósseos, dos quais 327 peças ósseas pertencem a indivíduos adultos (82%). Destas últimas, apenas foi possível realizar a diagnose sexual em 16 (5%). Num total de quatro úmeros e fragmentos de úmeros (dois direitos e dois esquerdos) concluiu-se que todos eles pertencem ao sexo feminino. Dos quatro rádios e fragmentos verificou-se que três são do sexo masculino (dois direitos e um esquerdo) e um do sexo feminino (esquerdo). Também dos quatro talus estudados três são do sexo feminino (um direito e dois esquerdos) e um do sexo masculino (esquerdo). Para além destes ossos, existe uma clavícula esquerda masculina, um coxal com características femininas, uma tíbia esquerda tipicamente feminina e por fim um fêmur esquerdo também feminino (Tabela 9).

Tabela 9 - Diagnose sexual de seis ossos recuperados do material osteológico disperso.

	Tipo de osso	n	D	E	Diagnose sexual		Total
					Sexo	Metodologias aplicadas	
Material osteológico disperso	Úmero	4	2	2	♀ =4	Wasterlain e Cunha (2000)	♀ = 11 / ♂ = 5
	Clavícula	1	-	1	♂ =1	Cardoso (2000)	
	Coxal	1	-	1	♀ =1	Bruzek (2002)	
	Rádio	4	2	2	♀ =1 / ♂ =3	Cardoso (2000)	
	Tíbia	1	-	1	♀ =1	Wasterlain (2000)	
	Talus	4	1	3	♀ =3 / ♂ =1	Wasterlain (2000)	
	Fémur	1	-	1	♀ =1	Wasterlain e Cunha (2000)	
Total	16	5	11				

Abreviaturas: n- número de peças ósseas; D- direita; E- esquerda; ♂- sexo masculino; ♀- sexo feminino.

Tendo em conta a informação da tabela anterior verifica-se a presença de 11 peças ósseas femininas e cinco masculinas.

Englobando os resultados obtidos das inumações primárias com as inumações secundárias identificam-se dois indivíduos do sexo feminino e 19 peças ósseas tipicamente femininas, quatro do sexo masculino e 15 peças ósseas tipicamente masculinas e dois indivíduos e uma peça óssea de ossário em que não foi possível realizar a diagnose sexual.

5.4.2. Estimativa da Idade à Morte

5.4.2.1. Adultos

Inumações primárias

A análise da estimativa da idade à morte foi realizada nas oito inumações primárias adultas. Foi definido um grupo etário para todas as oito inumações, à exceção de três casos, que foi apenas possível aferir que se tratava de um indivíduo adulto (Tabela 10 e 11), uma vez que a união das epífises com as diáfises estava concluída de acordo com Buikstra e Ubelaker (1994) e Schaefer et al. (2009).

Tabela 10 - Estimativa da idade à morte para os adultos das inumações primárias.

Sepultura	Clavícula	Coxal	1ª Costela	União das epífises + diáfises	Final
1	-	-	-	Crista Ilíaca fundida	Adulto
2	-	-	-	Crista Ilíaca fundida	Adulto
5	+ 29	53-92	-	Clavícula fundida	53-92
6	+29	-	-	Clavícula fundida	+ 29
9	+29	29-38	+29	Clavícula fundida	29-38
10	-	-	-	Fíbula E; ossos do pé fundidos	Adulto
11	15-21	-	-	Crista Ilíaca fundida	+23
12	-	16-55	-	Crista Ilíaca parcialmente fundida; Cabeça do fêmur fundida	20-23

Metodologias: Clavícula (Black e Scheuer, 1996); Coxal (Superfície auricular) - Buckberry e Chamberlain, 2002; 1ª Costela (DiGangi et al., 2009); União das epífises com as diáfises (Buikstra e Ubelaker, 1994; Scheuer e Black, 2000). Abreviaturas: E- esquerda.

Tabela 11 - Distribuição dos cinco indivíduos adultos com um intervalo etário por categoria. Categorias etárias propostas por Buikstra e Ubelaker (1994).

	Categorias etárias	Nº de indivíduos
Adultos	Jovem adulto (dos 20 aos 35 anos)	3
	Adulto (dos 35 aos 50 anos)	1
	Adulto idoso (+ de 50 anos)	1
	Total	5

Sendo assim, temos idades compreendidas entre 20-30 anos, + de 23 anos, 29-38 anos, + de 29 anos e 53-92 anos que, segundo as categorias etárias de Buikstra e Ubelaker (1994), constituem três jovens adultos, um adulto e um adulto idoso.

Inumações secundárias

Ossários

Para realizar o estudo da idade à morte nos ossários foi examinado um total de 218 ossos e fragmentos ósseos, perfazendo um total de 189 peças de indivíduos adultos (87%), maioritariamente fêmures, tíbias e úmeros. Dada a natureza fragmentária das peças ósseas, necessárias para realizar este parâmetro, não foi possível obter um intervalo etário em nenhum osso.

Material osteológico disperso

No estudo deste parâmetro foram analisados um total de 398 ossos e fragmentos ósseos dos quais 327 (82% do total) pertencem a adultos. Destes 327 ossos e fragmentos de ossos, apenas foi possível estimar um intervalo etário em 5 (2%), como demonstrado na tabela 12.

Tabela 12 - Intervalo etário atribuído a seis ossos recuperadas do material osteológico disperso.

	Tipo de osso	n	D	E	Estimativa da idade à morte	
					Intervalo etário	Metodologias aplicadas
Material osteológico disperso	Clavícula	1	-	1	+ de 29 anos	Black e Scheuer (1996)
	Coxal	1	-	1	53-92 anos	Buckberry e Chamberlain (2002)
	Coxal	1	-	1	53-92 anos	Buckberry e Chamberlain (2002)
	Coxal	1	1	-	+ de 23 anos	Schaefer et al. (2009)
	3ª ou 4ª ou 5ª Costela	1	-	1	21-36 anos	Iscan et al. 1984a-b
	Total	5	1	4		

Abreviaturas: n- número de peças ósseas vistas; D- direita; E- esquerda.

Através da tabela anterior, podemos verificar intervalos etários que variam entre 21-36 anos, + de 23 anos, + de 29 anos e dois casos com intervalo entre 53 e 92 anos, que segundo as categorias etárias definidas por Buikstra e Ubelaker (1994), dois indivíduos inserem-se na categoria de jovem adulto, um adulto e dois adultos idosos.

5.4.2.2. Não adultos

Inumações primárias

O estudo da estimativa da idade à morte foi efetuado nas cinco inumações primárias (Tabela 13 e 14) e a metodologia maioritariamente utilizada foi a recomendada por Ubelaker (1989) para o desenvolvimento e erupção dentária, devido ao facto de, em todos os casos, o material osteológico não se encontrar bem preservado.

Tabela 13 – Intervalo etário obtido para os não adultos das inumações primárias de acordo com a metodologia utilizada.

Sepultura	Dentição	Clavícula	Comprimento das diáfises dos ossos longos	União das epífises com as diáfises	Final
3	15	15-21	-	Epífise distal do úmero não está fundida	15-21 anos
4	8	-	-	Epífise distal do úmero não está fundida	8 anos
7	15	-	-	Epífise distal do úmero e fêmur não estão fundidas	15 anos
8	3-4	-	-	Epífise proximal do úmero não está fundida	3-4 anos
9	18 meses	-	6 meses- 1 ano (fêmur)	Epífises proximal e distal do fêmur não fundidas	1-1,5 anos

Metodologias: Dentição (Ubelaker,1989); Clavícula (Black e Scheuer, 1996); Comprimento das diáfises dos ossos longos (Scheuer e Black,2000); União das epífises com as diáfises (Scheuer e Black ,2000; Schaefer et al.,2009).

Tabela 14 - Distribuição dos indivíduos não adultos das inumações primárias por categoria etária. Categorias etárias propostas por Buikstra e Ubelaker (1994).

	Categorias etárias	Nº de indivíduos
Não adultos	Infante (do nascimento até aos 3 anos)	1
	Criança (dos 3 aos 12 anos)	2
	Adolescente (dos 12 aos 20 anos)	2
	Total	5

A análise do material revelou então idades compreendidas entre 1-1,5 anos, 3-4 anos, 8 anos, 15-21 anos e 15 anos, que segundo as categorias etárias definidas por Buikstra e Ubelaker (1994) relata a presença de um infante, duas crianças e dois adolescentes.

Inumações Secundárias

Ossários

Foram analisados no total 218 ossos e fragmentos de ossos, 29 (13 %) pertencem a indivíduos não adultos. Destes 29 ossos e fragmentos de ossos, foi apenas possível estimar um intervalo etário em 4 (14 %). Dos quais, três peças ósseas no ossário 3 e uma no ossário 4, como demonstrado na tabela 15.

Tabela 15 - Intervalo etário obtido para cada uma das quatro peças ósseas por ossário.

	Tipo de osso	n	D	E	Estimativa da idade à morte	
					Intervalo etário	Metodologias aplicadas
Ossário 1	-	-	-	-	-	-
Ossário 2	-	-	-	-	-	-
Ossário 3	Úmero	1	1	-	- de 16 anos	Scheuer e Black (2000)
	Úmero	1	-	1	-12 anos	Scheuer e Black (2000)
	Fémur	1	-	1	2-2,5 anos	Schaefer et al. (2009)
Ossário 4	-	-	-	-	-	-
Ossário 5	Fémur	1	-	1	1-1,5 anos	Schaefer et al. (2009)
Total		4	1	3		

Abreviaturas: n- número de peças ósseas; D- direita; E- esquerda; ♂- sexo masculino; ♀- sexo feminino.

Tendo em conta a informação anterior, podemos verificar que para além dos 29 fragmentos identificados como não adultos, temos intervalos etários que vão desde 1-1,5 anos, 2-2,5 anos, - de 12 anos e ainda -16 anos. Segundo as categorias etárias definidas por Buikstra e Ubelaker (1994) temos dois infantes, uma criança e um adolescente.

Material osteológico disperso

Foram analisados no total 398 ossos e fragmentos de ossos, sendo que 71 (18%) pertencem a indivíduos não adultos. Destes 71 ossos e fragmentos, apenas foi possível estimar um intervalo etário em oito deles (11%), maioritariamente fémures, onde a metodologia mais frequentemente utilizada foi a de Scheuer e Black (2000), como demonstrado na tabela 16.

Tabela 16 – Intervalos etários obtidos para cada peça óssea de não adulto do material osteológico disperso.

	Tipo de osso	n	D	E	Estimativa da idade à morte	
					Intervalo etário	Metodologias aplicadas
Material osteológico disperso	Fémur	1	1	-	6 meses a 1 ano	Schaefer et al. (2009)
	Fémur	2	1	1	- de 14 anos	Scheuer e Black (2000)
	Tíbia	1	1	-	7 meses a 1 ano	Schaefer et al. (2009)
	Rádio	1	-	1	- de 16 anos	Scheuer e Black (2000)
	Úlna	1	-	1	- de 12 anos	Scheuer e Black (2000)
	Isquion	1	1	-	- de 1 ano	Scheuer e Black (2000)
	Clavícula	1	1	-	5-7 anos	Black e Scheuer (1996)
Total		8	5	3		

Abreviaturas: n- número de peças ósseas; D- direita; E- esquerda.

Deste modo, podemos verificar que para além dos 71 fragmentos de ossos identificados como não adultos, temos intervalos etários que vão desde os 6 meses a 1 ano até 16 anos. Segundo as categorias etárias definidas por Buikstra e Ubelaker (1994) temos três infantes, duas crianças e três adolescentes. Deste modo, em ambos os tipos de inumações temos seis infantes (nascimento- 3 anos), cinco crianças (3-12 anos), seis adolescentes (12-20 anos), cinco jovens adultos (20-35 anos), dois adultos (35-50 anos) mais três adultos sem intervalo etário conhecido e três adultos idosos (+ de 50 anos), como representado na figura 10.

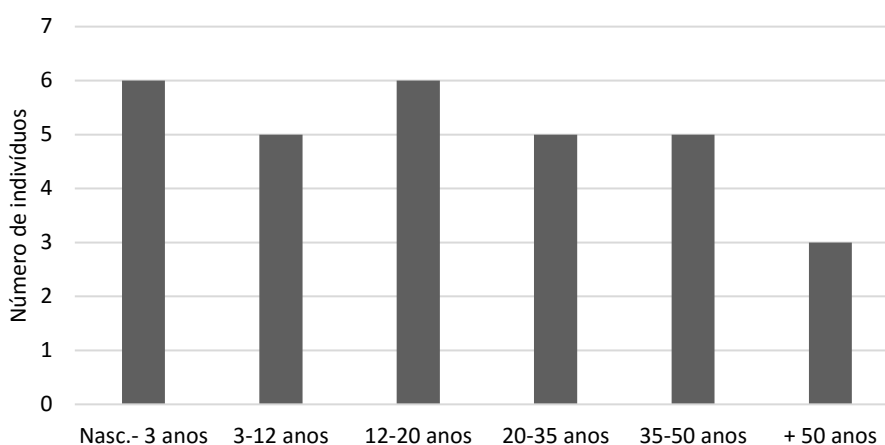


Figura 10 – Distribuição dos indivíduos com intervalo etário por faixa etária, de acordo com Buikstra e Ubelaker (1994).

5.5. Análise Morfológica

5.5.1. Estatura

Inumações Primárias

O cálculo da estatura nas oito inumações primárias adultas apenas foi exequível em três delas (38%). Dos três esqueletos em que foi possível estimar a estatura, dois são do sexo masculino e um pertence ao sexo feminino. Para as três inumações apenas se utilizou a metodologia recomendada por Mendonça (2000) para o úmero e fémur esquerdos, uma vez que não foram recuperados nem primeiros ou segundos metatarsos totalmente completos. A estatura calculada para os dois indivíduos do sexo masculino, nomeadamente da sepultura 9 e 11 corresponde aproximadamente a $169,2 \text{ cm} \pm 7.43$ e $159,3 \text{ cm} \pm 7.43$ respetivamente. Para o único indivíduo do sexo feminino a estatura estimada é aproximadamente $156,5 \text{ cm} \pm 5.94$, tal como indicado na tabela 17. Não foi

calculada a média de estaturas quer para o sexo feminino, quer masculino, uma vez que o número amostral é demasiado reduzido.

Tabela 17 - Medidas retiradas dos três esqueletos em inumação primária e dos dois fémures de ossário para a estimativa da estatura.

Esqueleto	Sexo	Ossos / Medidas			Estatura cm
		Úmero E	Fémur E		
		(FLH) mm	(PhLF) mm	(PLF) mm	
Sepultura 9	Masculino	341	470	450	169,19 ± 7.43
Sepultura 11	Masculino	320	422	420	159,29 ± 7.43
Sepultura 12	Feminino	-	420	413	156,45 ± 5.94
Ossário 4					
Fémur E	Masculino	-	480	477	174,62 ± 6.93
Fémur D	Masculino	-	474	470	172,59 ± 6.93

Abreviaturas: FLH- *full length of the humerus*; PhLF- *physiological length of fémur*; PLF- *perpendicular length* (Mendonça, 2000); D- direito; E- esquerdo; mm- milímetros; cm- centímetros.

Inumações secundárias

Ossários

De entre 189 peças ósseas de indivíduos adultos, dos cinco ossários, apenas foi possível calcular a estatura em dois fémures masculinos (um esquerdo e um direito). A estatura calculada para o fémur esquerdo corresponde aproximadamente a 174,3 cm ± 6.93 e, para o fémur direito 172,6cm ± 6.93. Novamente, não foi calculada a média de estaturas.

No geral, nas inumações primárias e secundárias foi possível estimar a estatura em três esqueletos e dois fémures dos ossários. Para os dois indivíduos do sexo masculino obteve-se uma estatura de aproximadamente 169,2cm ± 7.43 e 159,3cm ± 7.43. Para o único indivíduo do sexo feminino obteve-se a estatura aproximada de 156,5cm ± 5.94. Por fim, para o fémur esquerdo 174,3 cm ± 6.93 e para o fémur direito 172,6cm ± 6.93.

5.5.2. Variantes anatómicas

A pesquisa de variantes anatómicas nos elementos das inumações primárias e secundárias revelou resultados pouco significativos. Isto deveu-se sobretudo à ausência das peças ósseas necessárias à observação das variantes escolhidas e ao elevado grau de fragmentação, fatores estes que, conseqüentemente, limitaram o número de peças em

que foi possível pesquisar as variantes. Por este motivo optou-se então por referir apenas as variantes anatómicas registadas como presentes.

Inumações primárias

Das oito inumações primárias adultas apenas três possuíam o crânio suficientemente bem representado. Como referido no subcapítulo 4.5.2, foram pesquisadas 22 variantes anatómicas cranianas, porém apenas cinco destas foram registadas como presentes, estando as restantes 17 ausentes (Tabela 18).

Tabela 18 - Presença das cinco variantes anatómicas cranianas nas inumações primárias.

Variante Anatómica	n	Presente	E	D	Total	%
Sutura supranasal	1	1	-	-	1/1	100%
Incisura supraorbitária	4	2	1	1	2/4	50%
<i>foramina</i> supraorbital	1	1	-	1	1/1	100%
Ossos Wormianos	2	1	-	-	1/2	50%
Ossículo lambdoide	1	1	-	-	1/1	100%
Total	9	6	1	2		

Abreviaturas: n- número de peças ósseas; D- direita; E- esquerda; %- percentagem.

Através da tabela 18 verificou-se que as seis variantes anatómicas registadas como presente são a sutura supranasal, apenas possível analisar num crânio e com registo positivo (Figura 11), a incisura supraorbitária obtém o maior número de presenças e foi possível verificar em quatro indivíduos diferentes mas apenas com registo positivo em ambas as órbitas direita e esquerda de um mesmo indivíduo (Figura 11), *foramina* supraorbital, também apenas possível analisar num crânio mas com registo positivo (Figura 11), ossos Wormianos, possíveis de pesquisar em dois indivíduos diferentes mas com apenas um registo presente e, por último, um ossículo lambdoide num único indivíduo, que pode ser visto na imagem de capa desta dissertação.

Como podemos verificar, três das variantes registadas como presentes, nomeadamente, a sutura supranasal, incisura orbitária e *foramina* supraorbital, foram encontradas no mesmo osso frontal, que pertence a um indivíduo jovem adulto do sexo masculino.



Figura 11 – Osso frontal de um indivíduo adulto jovem do sexo masculino evidenciando a presença da sutura supranasal, incisura orbitária em ambas as órbitas e um *foramina* supraorbital na órbita direita (esqueleto da sepultura 11).

Para verificar a presença das variantes anatómicas pós-cranianas utilizaram-se as mesmas oito inumações primárias. Foram pesquisadas 28 variantes anatómicas, contudo apenas cinco delas se encontravam presentes. O número total de zonas anatómicas em que foi possível realizar este parâmetro corresponde a 136, porém, na tabela que se segue, irão apenas constar os cinco tipos de osso em que se verificou a presença de variantes anatómicas (oito clavículas, nove úmeros, sete ulnas, dez patelas e dez tíbias) que perfazem um total de 44 ossos. Destes 44 ossos, apenas 16 tiveram um registo positivo. Os restantes ossos alvo de pesquisa (subcapítulo 4.5.2, Tabela 4) não exibiram qualquer variante anatómica.

Tabela 19 - Presença das cinco variantes anatómicas pós-cranianas nas inumações primárias.

Osso	Variante Anatómica	n	Presente	E	D	Total	%
Clavícula	Fossa romboide	8	1	1	-	1/8	13%
Úmero	Abertura septal	9	3	2	1	3/8	38%
Ulna	Forma da Incisura troclear	7	6	4- SD	2-SD	6/6	100%
Patela	Fossa <i>vastus</i>	10	3	1	1	2/10	20%
Tíbia	Faceta de agachamento medial	10	3	1	-	1/4	25%
Total		44	16	9	4		

Abreviaturas: n- número de peças ósseas; D- direita; E- esquerda; SD- sem divisão.

Ao ter em conta os dados que constam na tabela 19, verifica-se que as cinco variantes com registo positivo são a fossa romboide para a clavícula, a abertura septal para o úmero, a forma da incisura troclear da ulna (que possui uma classificação própria- s/ divisão, divisão parcial ou divisão completa), a fossa *vastus* para a patela e a presença da faceta de agachamento medial para a tibia. De todas estas variantes anatómicas a que tem maior expressão, de acordo com o número de zonas observadas é a abertura septal (Figura 12), uma vez que, a ulna tem a sua própria forma de classificação.



Figura 12 - Úmero esquerdo de um jovem adulto do sexo feminino com presença da abertura septal.

Inumações secundárias

Ossários

O estudo das 22 variantes anatómicas cranianas nos cinco ossários (n= 207 ossos e fragmentos), foi apenas possível em duas calotes cranianas e 29 fragmentos cranianos. Deste material ósseo, apenas uma das calotes cranianas exibiu uma variante anatómica craniana com registo positivo, neste caso um *foramina* parietal.

Relativamente ao estudo das variantes anatómicas pós-cranianas nos cinco ossários, foram analisados 71 ossos e fragmentos de ossos. Contudo, apenas cinco ossos (três ulnas e duas patelas) revelaram a presença de uma variante anatómica, sendo estas a

forma da incisura troclear para a ulna, que, tem uma escala própria de classificação e a fossa *vastus* na patela (Figura 13) tal como consta na tabela seguinte.



Figura 13- Patela esquerda de um indivíduo adulto com a presença da variante anatômica fossa *vastus*.

Tabela 20 - Variantes anatômicas pós-cranianas presentes nos ossários.

Osso	Variante Anatômica	n	Variante Presente	E	D	Total	%
Ulna	Forma da Incisura troclear	3	3	1-SD	2-SD	-	-
Patela	Fossa <i>vastus</i>	2	2	1	1	2/2	100%
Total		5	4	2	3		

Abreviaturas: n- número de peças ósseas; D- direita; E- esquerda; SD- sem divisão.

Material osteológico disperso

No material osteológico disperso foram pesquisadas as 22 variantes anatômicas em 25 fragmentos cranianos, contudo, apenas uma variante, novamente, *foramina* supraorbital estava presente nomeadamente na parte superior de um fragmento de órbita esquerda (Figura 14).



Figura 14 – Órbita esquerda de um indivíduo adulto com presença da variante anatômica *foramina* supraorbital.

Finalmente, o estudo das variantes anatômicas pós-cranianas no material osteológico disperso levou a que 61 ossos fossem alvo de pesquisa. Destes 61 ossos, apenas quatro ossos exibiam uma variante anatômica, nomeadamente dois úmeros e duas ulnas, sendo as variantes presentes a abertura septal (n=2) e a forma da incisura troclear na ulna s/ divisão (n=2) respetivamente.

No total, para ambos os tipos de inumação as únicas variantes anatômicas cranianas registadas como presente foram a sutura supranasal (n=1), *foramina* parietal (n=1), *foramina* supraorbital (n=2), incisura supraorbitária (n=2), ossos Wormianos (n=1) e ossículo lambdoide (n=1), sendo que num total de 59 zonas analisadas apenas oito (14 %) possuíam uma variante presente. Relativamente às variantes anatômicas pós-cranianas, as únicas encontradas foram a fossa romboide (n=1), a abertura septal (n=5), faceta de agachamento medial (n=3), fossa *vastus* (n=5) e por fim a forma da incisura troclear registada (s/ divisão) em onze ulnas, sendo que num total de 268 zonas analisadas apenas 24 (9%) possuíam uma variante anatômica.

5.6. Análise Paleopatológica

5.6.1. Patologia Oral

Foram observados um total de 133 dentes, 81 de adultos (61%) e 52 (39%) de não adultos. Destes 133 dentes 59 são superiores (44%) e 74 são inferiores (56%). Também deste mesmo total, 77 dentes (58%) estavam *in situ* (58%) e os restantes 56 (42%) correspondem a dentes soltos maioritariamente encontrados em contexto de inumação secundária. Verificaram-se ainda três casos de reabsorção alveolar completa na mandíbula, pertencendo uma delas a um indivíduo adulto idoso de sexo indeterminado (Figura 15).



Figura 15 - Mandíbula de um indivíduo adulto de sexo indeterminado com reabsorção alveolar completa (esqueleto da sepultura 6).

5.6.1.1. Hipoplasias do Esmalte Dentário

Inumações primárias

A pesquisa de hipoplasias do esmalte dentário envolveu as 12 inumações primárias (13 indivíduos- 8 adultos e 5 não adultos). Destes 13 indivíduos foi possível examinar um total de 115 de 133 dentes (87%), 66 dentes permanentes e 49 dentes decíduais. Dos 66 dentes permanentes, apenas se verificou a existência de um dente hipoplásico, nomeadamente um canino superior esquerdo pertencente a um indivíduo adulto idoso de sexo indeterminado que, segundo Wasterlain (2006) insere-se no grau 2, uma vez que se pode observar macroscopicamente um defeito de esmalte tipo fenda.

Em relação à dentição decídua, foram analisados 49 dentes decíduais, não existindo nenhum que apresentasse defeitos no esmalte dentário. Deste modo, no total de 115 dentes permanentes e decíduos examinados dos esqueletos das inumações primárias, 114 (99%) foram classificados com grau 0 e apenas um dente (1%) foi classificado com Grau 2, tal como pode ser visto na tabela 21.

Tabela 21 - Distribuição do tipo de dentição nas inumações primárias pelos quatro graus de defeito do esmalte dentário definido por Wasterlain (2006).

Tipo de dentição	n	Grau 0	Grau 1	Grau 2	Grau 3
Permanente	66	65	-	1	-
Decídua	49	49	-	-	-
Total	115	114	-	1	-

Abreviaturas: n- número de peças vistas; D- direita; E- esquerda.

Inumações secundárias

Ossários

Dos cinco ossários foram recuperados seis dentes, quatro dentes permanentes (67%) e dois decíduos (33%). Dois dos quatro dentes permanente estavam *in situ* numa mandíbula e dois estavam soltos, sendo que nenhum deles apresentou defeitos de esmalte dentário. À semelhança da dentição permanente, nenhum dos dois dentes decíduos possuía alterações. Sendo assim, todos os dentes analisados se enquadravam no grau 0.

Material osteológico disperso

No material osteológico disperso foram recuperados 10 dentes, 9 permanentes e um decidual, sendo que, novamente nenhum destes 10 dentes exibia alteração na superfície do esmalte dentário, tendo sido atribuído grau 0.

Por fim, em ambos os tipos de inumações, podemos observar que, dos 133 dentes, apenas um dente permanente (1%) exibia alterações no esmalte dentário, tendo sido atribuído Grau 2. Aos restantes 132 dentes foi atribuído grau 0 por não exibirem alterações (Figura 16). Podemos constatar que a frequência de hipoplasias do esmalte dentário nos 133 dentes em estudo é muito baixa, podendo estar relacionado com um baixo quantitativo da amostra.

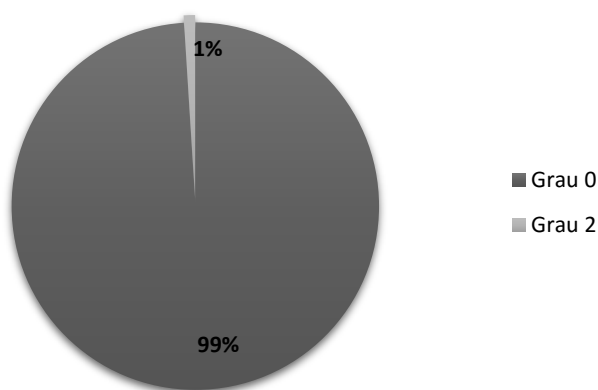


Figura 16 – Proporção de dentes com e sem hipoplasias do esmalte dentário.

5.6.1.2. Desgaste dentário

Inumações primárias

O estudo do desgaste dentário incidiu nos oito adultos e cinco não adultos. Foram analisados um total de 66 dentes permanentes, 30 deles pertencendo a um único indivíduo adulto jovem do sexo masculino, dez a um indivíduo adulto do sexo feminino, um dente a um indivíduo adulto de sexo indeterminado e 25 de um indivíduo adulto do sexo masculino. É um número, de facto, bastante reduzido se tivermos em conta a presença de oito indivíduos adultos na amostra de inumações primárias. No entanto apenas, apenas foi recuperada dentição em quatro indivíduos. Dos 66 dentes analisados, 34 são superiores e 32 são inferiores. Todos os oito graus de classificação de desgaste

dentário proposto por Smith (1984) foram atribuídos a pelo menos um dente. Independentemente do tipo de dente, o grau atribuído com mais frequência foi o Grau 3 (n=20 dentes) que, segundo Smith (1984) implica uma remoção moderada das cúspides, seguindo-se o Grau 2,4,5,7,1, 6 e 8 (Tabela 24).

Tabela 22- Distribuição do tipo de dentição permanente pelos 8 graus de desgaste definidos por Smith (1984) nas inumações primárias.

	M3		M2		M1		PM2		PM1		C		I2		I1		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Grau 1	-	-	-	-	1	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Grau 2	3	5%	-	-	-	-	2	3%	6	9%	5	12%	2	5%	-	-	18
Grau 3	2	3%	1	2%	-	-	4	10%	-	-	3	5%	4	6%	6	15%	20
Grau 4	-	-	5	8%	3	5%	-	-	2	5%	1	2%	3	5%	4	10%	18
Grau 5	1	2%	-	-	3	7%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Grau 6	-	-	-	-	-	-	1	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Grau 7	-	-	1	2%	-	-	2	5%	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Grau 8	-	-	1	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Total	6		8		7		9		8		9		9		10		66

Abreviaturas: n- número de dentes; M3- terceiro molar; M2- segundo molar; M1- primeiro molar; PM2- segundo pré-molar; C- canino; I2- segundo incisivo; I1- primeiro incisivo (central).

Como podemos ver, o grau com maior expressão foi o grau 3 e foi atribuído a um total de 20 dentes, dois 3º molares, um segundo molar, quatro 2º pré-molares, três caninos, quatro 2º incisivos e seis 1º incisivos. Os graus 7 e 8, que implica já uma exposição exuberante de dentina, foram atribuídos a quatro dentes, dois segundos molares e dois 2º pré-molares.

Foi também notado um padrão de desgaste atípico num indivíduo adulto do sexo masculino (29-38 anos). Os dentes afetados são os dois incisivos superiores esquerdos, os dois incisivos inferiores esquerdos e também o canino inferior esquerdo (Figura 17). De acordo com Wasterlain (2006), e tendo em conta a forma deste desgaste atípico, estes dentes foram utilizados para outros fins que não os mastigatórios, possivelmente o uso de cachimbo, uma vez que foi recuperada durante a escavação uma haste de cachimbo em caulino, que apesar de não estar associado a este indivíduo, sugere o uso deste objeto na época.



Figura 17-Maxila e mandíbula de indivíduo do sexo masculino (29- 38 anos) com desgaste atípico nos dois incisivos superiores e inferiores esquerdos e canino, possivelmente pelo uso de cachimbo.

Relativamente aos indivíduos não adultos, foram examinados 49 dentes, dos quais 20 superiores e 29 inferiores. O grau com maior frequência é o grau 1 (n=32 dentes), que está relacionado com um desgaste quase inexistente ou um ligeiro polimento das cúspides (Tabela 23).

Tabela 23 - Distribuição da dentição superior e inferior decídua pelos 8 graus de desgaste definidos por Smith (1984) nas inumações primárias.

	Grau 1		Grau 2		Grau 3		Grau 4		Grau 5		Grau 6		Grau 7		Grau 8	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Superiores	14	29%	2	4%	2	4%	2	4%	-	-	-	-	-	-	-	-
Inferiores	18	37%	7	14%	1	2%	3	6%	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	32		9		3		5		0		0		0		0	

Abreviaturas: n- número de dentes.

Inumações secundárias

Ossários

Nos cinco ossários foi possível analisar um total de 8 dentes, 6 permanentes e 2 decíduos. Dos 6 dentes permanentes recuperados os graus 1,3,5,6 e 8 não foram

atribuídos a qualquer dente. O grau com maior número de dentes afetados nesta pequena amostra é o grau 2. O grau 4 apenas foi registado num canino (Tabela 24).

Tabela 24 - Distribuição do tipo de dentição permanente recuperada nos ossários pelos 8 graus de desgaste definidos por Smith (1984).

	M3		M2		M1		PM2		PM1		C		I2		I1		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Grau 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Grau 2	-	-	-	-	-	-	3	50%	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Grau 3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Grau 4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	17%	-	-	-	-	1
Grau 5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Grau 6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Grau 7	-	-	2	33%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Grau 8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Total	0		2		0		0		0		0		0		0		6

Abreviaturas: n- número de dentes; M3- terceiro molar; M2- segundo molar; M1- primeiro molar; PM2- segundo pré-molar; C- canino; I2- segundo incisivo; I1- primeiro incisivo (central).

Como podemos verificar através da tabela anterior, não foram recuperados terceiros molares, primeiros molares, primeiros pré-molares, segundos incisivos ou primeiros incisivos. Esta pequena amostra de dentes soltos é composta apenas por dois segundos molares, três segundos pré-molares e um canino. Para ambos os segundos molares foi atribuído o grau 7, o segundo mais severo da escala de oito definida por Smith (1984) que implica uma grande exposição de dentina e destruição da coroa dentária.

Dos únicos dois dentes decíduos recuperados em contexto de ossário, atribuiu-se a um canino inferior grau 1 e ao primeiro molar superior atribuiu-se o grau 2.

Material osteológico disperso

Por fim, dentro do material disperso, foram recuperados e analisados 10 dentes, 9 permanentes e um decíduo. O grau com maior número de dentes permanentes associado foi o grau 3 (n=3), como podemos verificar na tabela 25.

Tabela 25- Distribuição do tipo de dentição permanente recuperado do material osteológico disperso pelos 8 graus de desgaste definidos por Smith (1984).

	M3		M2		M1		PM2		PM1		C		I2		I1		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Grau 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Grau 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	22%	-	-	-	-	2
Grau 3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	22%	-	-	1	11%	3
Grau 4	-	-	-	-	-	-	-	-	1	11%	-	-	-	1	11%	-	-	2
Grau 5	-	-	1	11%	1	11%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Grau 6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Grau 7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Grau 8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Total	0		1		1		0		1		4		1		1		9	

Abreviaturas: n- número de dentes; M3- terceiro molar; M2- segundo molar; M1- primeiro molar; PM2- segundo pré-molar; C- canino; I2- segundo incisivo; I1- primeiro incisivo (central).

O único dente decíduo recuperado do material disperso é um primeiro molar decidual e o seu nível de desgaste foi classificado como grau 3, que implica a total remoção das cúspides com a presença de alguma dentina secundária.

No geral, todos os 133 dentes analisados revelam pelo menos algum polimento nas coroas dentárias que remete para Grau 1, contudo os dentes mais frequentemente desgastados são os caninos e os segundos molares e os menos os terceiros molares. Através da Tabela 26 e da Figura 18, podemos verificar que, no que concerne a dentição permanente o grau com maior número de dentes afetados é o grau 2, relativamente à dentição decídua é o grau 1 que apresenta maior número de dentes afetados.

Tabela 26- Distribuição da dentição permanente e decídua da amostra pelos dos oito graus de desgaste definidos por Smith (1984).

	n	Permanente	Decídua
Grau 1	34	1	33
Grau 2	33	23	10
Grau 3	26	23	4
Grau 4	26	21	5
Grau 5	6	6	0
Grau 6	1	1	0
Grau 7	5	5	0
Grau 8	1	1	0
Total	133	81	52

Abreviaturas: n- número de dentes.

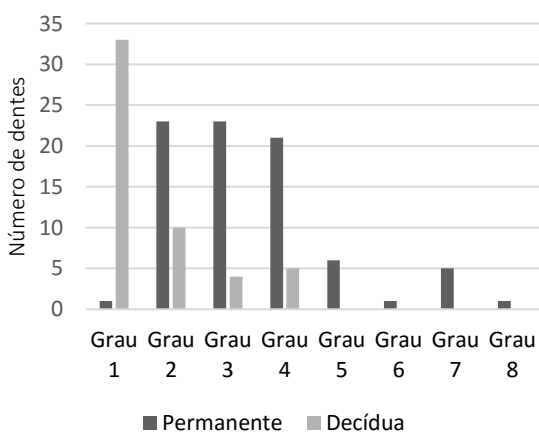


Figura 18 - Distribuição gráfica da dentição permanente e decídua da amostra de acordo com os oito graus de desgaste definidos por Smith (1984).

5.6.1.3. Cárie dentária

Inumações Primárias

O estudo do tamanho e presença das cáries foi novamente realizado no total de 115 dentes, como referido anteriormente, 66 dentes permanentes e 49 decíduais. Dos 66 dentes permanentes, podemos constatar que 47 (71%) não exibem alterações cariogénicas. Dos 19 dentes cariados, cinco correspondem a um adulto jovem do sexo masculino (+23 anos), seis a um indivíduo do sexo feminino (53-92anos) e os restantes oito dentes a um indivíduo adulto do sexo masculino (29-38 anos) (Tabela 27).

Tabela 27 - Distribuição do tipo de dentição permanente dos esqueletos das inumações primárias pelos sete graus de presença e tamanho das cáries definidos por Buikstra e Ubelaker (1994) adaptado de Moore e Corbett (1971).

	M3		M2		M1		PM2		PM1		C		I2		I1		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Grau 0	4	6%	4	6%	-	-	6	9%	6	9%	9	14%	10	15%	8	12%	47
Grau 1	1	2%	-	-	6	9%	-	-	1	2%	-	-	-	-	-	-	8
Grau 2	-	-	1	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Grau 3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Grau 4	1	2%	1	2%	2	3%	-	-	-	-	1	2%	-	-	-	-	5
Grau 5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Grau 6	-	-	2	3%	-	-	2	3%	1	2%	-	-	-	-	-	-	5
Grau 7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Total	6		8		8		8		8		10		10		8		66

Abreviaturas: n- número de dentes; M3- terceiro molar; M2- segundo molar; M1- primeiro molar; PM2- segundo pré-molar; C- canino; I2- segundo incisivo; I1- primeiro incisivo (central).

Relativamente aos 49 dentes decíduos analisados nas inumações primárias é possível constatar que, quer para a dentição superior, quer para a dentição inferior, o grau mais frequentemente atribuído foi o Grau 0 (n= 44 dentes). Os graus 2, 3, 4, 5, 6 e 7 não foram atribuídos a nenhum dente. Os cinco dentes cariados são molares e pertencem a dois indivíduos diferentes, dois de um indivíduo com uma idade entre 12 e 14 anos e três de um indivíduo com idade entre 15 e 21 anos (Tabela 28).

Tabela 28 - Distribuição da dentição superior e inferior decídua dos esqueletos das inumações primárias pelos oito graus de presença e tamanho das cáries definidos por Buikstra e Ubelaker (1994) adaptado de Moore e Corbett (1971).

	Grau 0		Grau 1		Grau 2		Grau 3		Grau 4		Grau 5		Grau 6		Grau 7	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Superiores	17	35%	2	4%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inferiores	27	55%	3	6%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	44		5		0		0		0		0		0		0	

Abreviaturas: n- número de dentes.

Inumações secundárias

Ossários

Dentro dos ossários foram recuperados seis dentes permanentes e dois dentes decíduais. Destaca-se o grau 1 que tem maior número de dentes associados e o grau 6 atribuído a dois dentes (dois segundos pré-molares) (Tabela 29).

Tabela 29 - Distribuição da dentição permanente recuperada dos cinco ossários pelos oito graus de presença e tamanho das cáries definidos por Buikstra e Ubelaker (1994) adaptado de Moore e Corbett (1971).

	M3		M2		M1		PM2		PM1		C	I2	I1	Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
Grau 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Grau 1	-	-	-	-	-	-	2	33%	1	17%	1	17%	-	4
Grau 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Grau 3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Grau 4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Grau 5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Grau 6	-	-	2	33%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Grau 7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Total	0		2		0		2	1	1		1	0	0	6

Abreviaturas: n- número de dentes; M3- terceiro molar; M2- segundo molar; M1- primeiro molar; PM2- segundo pré-molar; C- canino; I2- segundo incisivo; I1- primeiro incisivo (central).

Relativamente aos dois dentes decíduos recuperados dos cinco ossários, podemos constatar que nenhum dos dois dentes possui qualquer cárie, tendo sido atribuído grau 0.

Material osteológico disperso

Finalmente, do material osteológico disperso foram analisados 10 dentes, nove permanentes e um decidual. Aos nove dentes permanentes, foi maioritariamente

atribuído o Grau 0 (n=5). Os graus 3,4,5,6 e 7 não foram atribuídos a qualquer dente (Tabela 30).

Tabela 30 - Distribuição da dentição permanente recuperada do material osteológico disperso pelos oito graus de presença e tamanho das cáries definidos por Buikstra e Ubelaker (1994) adaptado de Moore e Corbett (1971).

	M3		M2		M1		PM2		PM1		C		I2		I1		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Grau 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	33%	1	11%	1	11%	5
Grau 1	-	-	-	-	1	11%	-	-	1	11%	1	11%	-	-	-	-	3
Grau 2	-	-	1	11%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Grau 3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Grau 4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Grau 5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Grau 6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Grau 7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Total	0		1		1		0		1		4		1		1		9

Abreviaturas: n- número de dentes; M3- terceiro molar; M2- segundo molar; M1- primeiro molar; PM2- segundo pré-molar; C- canino; I2- segundo incisivo; I1- primeiro incisivo (central).

Em relação ao único dente decidual (inferior) recuperado no material disperso, podemos afirmar que este dente não se encontra cariado (Grau 0). No geral, tendo em conta os resultados para ambos os tipos de inumações, podemos constatar que 34 de 133 estavam cariados (26%). Independentemente do grau, os dois tipos de dente mais afetados na dentição permanente foram os caninos (n=15) e os segundos molares (n=11). Os graus 2, 4, e 6 foram apenas atribuídos à dentição permanente. O grau frequentemente mais atribuído foi o Grau 0 com um total de 99 dentes (75%), por outro lado os graus que não foram atribuídos a qualquer tipo de dentição foram os graus 3, 5 e 7 (Tabela 31 e Figura 19).

Tabela 31 - Distribuição da dentição permanente e decídua pelos oito graus de presença e tamanho das cáries definidos por Buikstra e Ubelaker (1994) adaptado de Moore e Corbett (1971).

	n	Permanente	Decídua
Grau 0	99	52	47
Grau 1	20	15	5
Grau 2	2	2	-
Grau 3	0	-	-
Grau 4	5	5	-
Grau 5	0	-	-
Grau 6	7	7	-
Grau 7	0	-	-
Total	133	81	52

Abreviaturas: n- número de dentes.

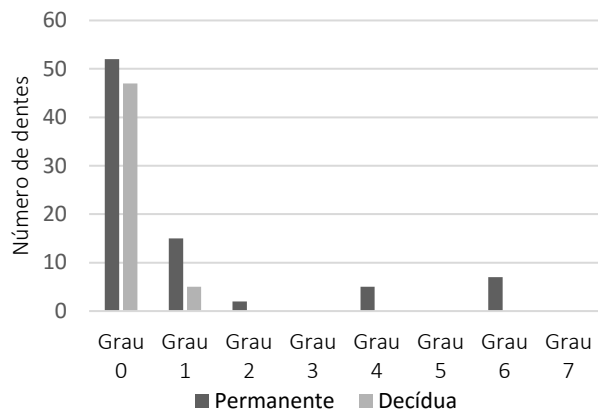


Figura 19 - Distribuição gráfica da dentição permanente e decídua pelos oito graus de presença e tamanho das cáries definidos por Buikstra e Ubelaker (1994) adaptado de Moore e Corbett (1971).

5.6.2. Lesões traumáticas

Inumações Primárias

Dos oito esqueletos adultos, detetaram-se apenas dois indivíduos (25%), cada um com uma fratura em ossos diferentes. Ambos pertencem ao sexo masculino e à categoria etária de indivíduo adulto. Em relação ao primeiro indivíduo, é possível verificar uma fratura totalmente remodelada na patela esquerda, mais precisamente no rebordo da faceta articular lateral (Figura 20 e 21). Pode ainda verificar-se que, para além da fratura, existe também alteração da entese, que será uma consequência da fratura.



Figura 21 - Patela esquerda de um indivíduo adulto do sexo masculino com evidência de fratura no rebordo da faceta articular lateral com alteração da entese (esqueleto da sepultura 1).



Figura 20 - Pormenor de fratura no rebordo da faceta articular lateral da patela esquerda. Vista posterior (esqueleto da sepultura 1).

Para além da fratura observada numa patela esquerda, observou-se também uma fratura no corpo de uma costela direita de um indivíduo adulto do sexo masculino. Observando macroscopicamente a costela direita fraturada, é possível verificar que esta lesão foi feita *ante mortem*. Relativamente aos cinco esqueletos pertencentes a indivíduos não adultos, não foi registada qualquer lesão de cariz traumático ou semelhante.

Inumações Secundárias

Ossários

Das 218 peças ósseas e também fragmentos ósseos recuperados dos cinco ossários, apenas foi encontrado, no ossário 3, um 3º metatarso direito com alteração da sua forma normal causada, possivelmente, por uma fratura *ante mortem*, (Figura 22). É pouco provável que esta lesão tenha outra etiologia, uma vez que não se verifica, por exemplo, sinais de infeção ativa e/ou crescimento ósseo e/ou remodelação óssea. Relativamente a peças ósseas de indivíduos não adultos, não foram encontradas quaisquer lesões traumáticas.



Figura 22 - Terceiro metatarso direito proveniente do ossário 3 com possível fratura *ante mortem*.

Material osteológico disperso

Dos 398 ossos e fragmentos ósseos recolhidos, apenas um deles, uma parte de mandíbula com reabsorção alveolar completa, apresenta uma lesão possivelmente de origem traumática. A lesão localiza-se na porção esquerda da mandíbula, mais precisamente no rebordo medial onde os terceiros molares estariam. Através da

cicatrização óssea a lesão terá sido feita *ante mortem*, contudo é difícil explicar o que poderá ter causado esta lesão, especialmente na zona em questão (Figura 23 e 24). Para além desta lesão ter uma possível etiologia traumática, podemos também apresentar como diagnóstico diferencial um caso extremo de reabsorção alveolar, com quebra de osso. A zona que exhibe a lesão é o local onde os molares estariam, não sendo contudo, possível



Figura 23 – Mandíbula com reabsorção alveolar proveniente do material osteológico disperso com lesão. A seta indica o local.

verificar se ainda existiam, pois a zona em questão está ausente. Porém partindo do princípio que os molares não estariam presentes e, tendo em conta que estes dentes são os principais responsáveis pelo processamento dos alimentos (Irish e Scott,2016) e consequentemente mais expostos à obtenção de cáries dentárias, com a mastigação de alimentos feita apenas com a gengiva, é possível que a superfície mandibular esquerda tenha ganho este aspeto mais achatado, como podemos verificar nas figuras. No que concerne peças ósseas de indivíduos não adultos, não foram verificadas quaisquer outras lesões.



Figura 24- Pormenor da lesão na mandíbula proveniente do material disperso.

A frequência de lesões de tipo traumático nesta amostra é baixa. Tendo em conta ambos os tipos de inumação, apenas quatro peças ósseas adultas mostraram evidências de lesões traumáticas, não tendo sido, em altura nenhuma, registada a presença de

lesões traumáticas em peças ósseas de indivíduos não adultos. Note-se ainda que as quatro lesões registadas revelaram ser *ante mortem*, como podemos constatar na tabela 32.

Tabela 32- Tipos de ossos onde se verificaram lesões de cariz traumático de acordo com o sexo e categoria etária.

Tipo de osso	Sexo	Categoria etária	Período de ocorrência
Patela esquerda	M	Adulto	<i>ante mortem</i>
Costela direita	M	Adulto	<i>ante mortem</i>
Metatarso	-	Adulto	<i>ante mortem</i>
Mandíbula	-	Adulto	<i>ante mortem</i>

Abreviaturas: M- masculino.

5.6.3. Lesões Degenerativas

5.6.3.1. Articulares

Inumações primárias

Nas inumações primárias foram observados oito indivíduos adultos e cinco indivíduos não adultos. Não foram encontradas lesões degenerativas articulares em esqueletos imaturos. Dentro dos indivíduos adultos apenas foram verificadas alterações degenerativas articulares em seis vértebras, três cervicais e três lombares que pertencem a três indivíduos diferentes, dois do sexo masculino (um indivíduo com uma cervical e uma lombar afetada e o outro com uma vertebra lombar) e um do sexo feminino (duas cervicais e uma lombar). No corpo das seis vértebras podemos encontrar osteófitos marginais, um ténue crescimento ósseo, microporosidade e uma evidente alteração do contorno do corpo vertebral, tal como representado na Figura 25, numa das vértebras lombares recuperadas.



Figura 25 - Vértebra lombar de um indivíduo adulto do sexo masculino evidenciando osteófitos marginais e alteração do contorno do corpo vertebral.

Segundo Waldron (2009) estas alterações poderiam estar relacionadas com a presença de osteoartrose, não se podendo afirmar, porém, que se trata desta patologia, uma vez que não foram encontradas lesões nos processos articulares das vertebrae, algo necessário para dar esta patologia como um diagnóstico provável, uma vez que afeta apenas articulações sinoviais. A presença de osteófitos marginais é algo comum, pois é um resultado do envelhecimento e do stress causado em diferentes pontos da coluna vertebral (Roberts e Manchester, 2005). Existem vários fatores que podem contribuir para o aparecimento desta patologia, tais como a idade, sexo e movimentos repetidos, com ou sem carga, que impliquem um maior stress à coluna vertebral (Waldron, 2009; Roberts e Manchester, 2005), algo que será discutido no capítulo subsequente.

Inumações secundárias

O conjunto das peças ósseas provenientes dos cinco ossários e do material disperso foi analisado, tendo sido detetadas sete vértebras: duas torácicas nos ossários e cinco lombares no material disperso, novamente com as mesmas lesões registadas nas inumações primárias. Para além de vértebras com alterações degenerativas, foi encontrada uma costela direita no Ossário 1 que exibia na articulação costovertebral formação de osso novo, porosidade na articulação, alteração do contorno da articulação e eburnação (Figura 26).



Figura 26 - Costela direita com evidente formação de osso novo, porosidade, alteração do contorno da articulação e eburnação. Vista posterior. A seta indica o local de eburnação.

As lesões observadas parecem estar associadas à osteoartrose, tendo em conta a descrição dada por Waldron (2009) para identificar a presença desta patologia. O autor não refere as costelas como um possível local para o surgimento destas alterações, especialmente eburnação, contudo, sugere que um episódio traumático pode também contribuir para o surgimento destas lesões. É por este motivo que podemos sugerir que estas alterações, principalmente a eburnação, possam ser uma consequência de um episódio traumático.

De modo geral, em ambos os tipos de inumações encontramos um total de 13 vértebras com alterações degenerativas articulares e uma costela com um possível diagnóstico de osteoartrose, uma vez que exhibe eburnação, característica esta que, é patognomónica desta patologia.

5.6.3.2. Não articulares

Inumações primárias

Para a pesquisa de lesões degenerativa não articular teve-se novamente em conta os mesmos indivíduos (oito adultos e cinco não adultos). Os indivíduos não adultos, não mostraram lesões do tipo degenerativo não articular. Por sua vez, três dos oito adultos, dois do sexo masculino e um do sexo feminino exibiram alterações. Um homem e uma mulher exibiram alterações muito ténues de alteração da entese em ambas as patelas (Grau 1). Foi também encontrada uma alteração da entese grave e exuberante (Grau 3), na patela esquerda de um indivíduo adulto do sexo masculino, mais precisamente na zona inserção de ligamentos (quadríceps), como podemos ver na Figura 27.

Esta mesma patela, como referido no subcapítulo 5.6.2., sofreu uma lesão traumática, o que leva a crer que esta alteração da entese tenha sido uma consequência desta lesão, uma vez que a patela direita do mesmo indivíduo não exhibe alterações tão exuberantes (Grau 2). O material osteológico recuperado das inumações secundárias não revelou alterações.



Figura 27- Patela esquerda de um indivíduo adulto do sexo masculino a exhibir uma alteração da entese grave resultante de uma lesão traumática.

5.6.4. Indicadores de stress fisiológico

Inumações primárias

Nos 13 indivíduos em inumação primária encontraram-se dois casos de *cribra orbitalia*, um na órbita esquerda de um indivíduo não adulto com uma idade compreendida entre 1 ano e 1,5 anos evidenciando também uma grande vascularização (Figura 28). A órbita direita do mesmo indivíduo não foi recuperada e deste modo não é possível saber se apresentaria também *cribra*. Para além deste caso foi ainda encontrado *cribra orbitalia* em ambas as orbitas de um indivíduo adulto do sexo masculino (29-38 anos).



Figura 28 - Órbita esquerda de um indivíduo não adulto (1-1,5 anos) com *cribra orbitalia*.

Para além deste último caso, foi também encontrado um caso de hiperostose porótica, nomeadamente num indivíduo adulto jovem com mais de 23 anos do sexo masculino, mais precisamente na parte posterior do parietal esquerdo (Figura 29).



Figura 29 - Parietal esquerdo de um indivíduo jovem adulto do sexo masculino, com microporosidade. Vista posterior do crânio.

Inumações secundárias

Por fim, nos ossários e material osteológico disperso, registou-se apenas um caso de *cribra orbitalia*, que, semelhança das inumações primárias, foi registado na órbita esquerda de um indivíduo não adulto, apesar de mais discreto (Figura 30).



Figura 30 - Órbita esquerda de um indivíduo não adulto proveniente do material osteológico disperso com presença de *cribra orbitalia*.

No total da amostra encontraram-se apenas dois casos de *cribra orbitalia*, ambos em indivíduos não adultos e apenas um caso de hiperostose porótica num parietal esquerdo de um indivíduo com mais de 23 anos e do sexo masculino. Podemos ainda acrescentar a esta súmula de resultados o único caso de hipoplasia de esmalte dentário registado num indivíduo adulto, cujos resultados foram apresentados no ponto 5.6.1.1.

Tendo em conta as lesões observadas podemos fornecer como diagnóstico diferencial, a anemia por deficiência em ferro (Wapler et al., 2004 e Brickley e Ives, 2006), o escorbuto, doença esta comumente encontrada entre indivíduos com uma alimentação deficiente e condições sanitárias pobres (Walker et al., 2009) e também a malária, uma vez que se pode manifestar no esqueleto através da presença de *cribra orbitalia*, hiperostose porótica e também lesões porosas em todo o esqueleto (Gúzman, 2015). As doenças referidas são comumente encontradas entre indivíduos com uma alimentação deficiente e condições sanitárias pobres (Walker et al., 2009) o que coincide com as condições sanitárias e alimentares, referidas na introdução desta dissertação, características do século XVIII e XIX.

5.6.5. Patologia Congénita

A pesquisa de patologias de foro congénito foi realizada quer nas inumações primárias, quer nas inumações secundárias, tendo-se apenas verificado um possível caso nas inumações primárias. Trata-se de um indivíduo adolescente (menos de 21 anos) de sexo indeterminado, onde se pode verificar na sua mandíbula que este indivíduo já possui toda a dentição permanente (a coroa dos terceiros molares inferiores já está formada, apesar de permanecerem ainda inclusos). Porém, em ambos os lados da mandíbula não estão presentes os segundos pré-molares, estando no lugar destes os primeiros molares deciduais (Figura 31). A maxila não foi recuperada, porém podemos analisar dez dentes superiores soltos, sendo que nenhum deles é um segundo pré-molar ou molar decidual. Sabe-se que os segundos pré-molares emergem por volta dos onze anos no sexo feminino e por volta dos 12 anos no sexo masculino (Scheuer e Black, 2000), o que faz ponderar como um possível diagnóstico a ausência congénita de ambos os segundos pré-molares inferiores.



Figura 31- Mandíbula de um indivíduo adolescente de sexo indeterminado, com possível ausência congênita dos segundos pré-molares inferiores esquerdo e direito e retenção dos molares deciduais.

5.6.6. Patologia Infeciosa

Foram observados quatro casos de patologia infecciosa, estes apenas nas inumações primárias. Os quatro indivíduos são um indivíduo não adulto (1-1,5 anos) recuperado da sepultura 9, um adulto do sexo masculino (29-38 anos) também recuperado da mesma sepultura (dupla), um indivíduo do sexo masculino (+23 anos) recuperado da sepultura 11 e outro do sexo feminino (20-23 anos) recuperado da sepultura 12. O primeiro caso a referir é o do indivíduo adulto do sexo masculino (29-38 anos). Este indivíduo apresenta nas duas tíbias alguma porosidade, por vezes exacerbada, ao longo das diáfises onde também podemos constatar a existência de uma tonalidade cinza que remete para a presença de osso *woven* e, como tal, um processo infeccioso que estaria ainda ativo à altura da morte (Figura 32). Para além disto, podemos ainda observar alguns pequenos focos de crescimento ósseo, novamente ao longo das diáfises de ambas as tíbias. Para além de ambas as tíbias, foi possível identificar em ambas as fíbulas e fémures o mesmo padrão das tíbias, apesar de mais ténue, novamente alguma porosidade, pequenos focos de crescimento ósseo e ainda a presença de osso *woven*.



Figura 32 - Extremidade distal da tíbia direita de um indivíduo adulto do sexo masculino evidenciando alguma porosidade e crescimento ósseo ténue, bem como existência de osso *woven*.

Por sua vez, o único indivíduo não adulto com uma idade compreendida entre 1 ano e 1,5 anos (sepultado juntamente com o indivíduo referido anteriormente) exhibe, à semelhança do indivíduo anterior a mesma coloração cinza, mas menos evidente, em ambas as diáfises dos fêmures (Figura 33) e na tábua interna e externa do osso frontal, sugerindo novamente um processo infeccioso ainda ativo aquando a morte.



Figura 33- Fémur direito de um indivíduo não adulto com presença de osso *woven* ao longo da diáfise.

O terceiro indivíduo é do sexo feminino e tem uma idade compreendida entre os 20-23 anos. Este indivíduo exhibe as mesmas alterações do primeiro indivíduo e nos mesmo ossos, nomeadamente tíbias, fíbulas e fémur esquerdo. Para além destes ossos, foi também observado o mesmo padrão de coloração na ulna esquerda (Figura 34) e úmero esquerdo (Figura 35), apesar de a presença de osso *woven* ser um pouco mais discreta e existir apenas um ou outro foco de crescimento ósseo.



Figura 34 - Extremidade proximal da ulna esquerda de um indivíduo adulto jovem do sexo feminino com coloração cinza associada à existência de osso *woven*.



Figura 35 - Extremidade distal de um úmero esquerdo de um indivíduo adulto jovem do sexo feminino com coloração cinza associada à existência de osso *woven*.

O último indivíduo é do sexo masculino e tem mais de 23 anos. De todos os indivíduos identificados com alterações infecciosas este é o que possui indicadores mais exacerbados. Neste indivíduo, para além do mesmo padrão em ambas as tíbias, fêmures e ulnas encontramos, no crânio, a nível endocraniano, um padrão tipo sulcos em baixo relevo que se estendia desde a zona da protuberância occipital interna até ao início da sutura coronal, seguindo sempre a sutura sagital e acompanhada, novamente, de osso *woven* e pequenos crescimentos ósseos. Estas lesões endocranianas, como já referido, foram encontradas em ambos os parietais, mais precisamente à margem da sutura sagital (Figura 36) e na zona da protuberância occipital (Figura 37). Para além do crânio, foram também encontrados um crescimento e destruição de osso muito exacerbado percorrendo todo o colo femoral direito (Figura 38). O fémur esquerdo, por sua vez, exibia também algumas destas características, mas não de forma tão exuberante.



Figura 36- Fragmento de parietal esquerdo de um indivíduo do sexo masculino exibindo um padrão tipo “labirinto” em baixo relevo ao longo da sutura sagital acompanhado de algum crescimento ósseo e osso *woven*. Vista endocraniana.



Figura 37- Fragmento de occipital, zona da protuberância occipital interna de um indivíduo do sexo masculino exibindo novamente o mesmo padrão de “labirinto” em baixo relevo acompanhado de algum crescimento ósseo e osso *woven*. Vista endocraniana.



Figura 38- Fragmento de fêmur esquerdo, zona do colo femoral de um indivíduo do sexo masculino exibindo um grande crescimento e destruição óssea.

Apresentam-se de seguida quatro esquemas (Figura 39), que representam os quatro indivíduos referidos anteriormente bem em que ossos estas lesões foram vistas. Estas lesões, como referido, incluem destruição e formação de osso, porosidade,

tonalidade cinza característica da presença de osso *woven* e, no crânio do último indivíduo apresentado, um padrão de sulcos em baixo relevo.

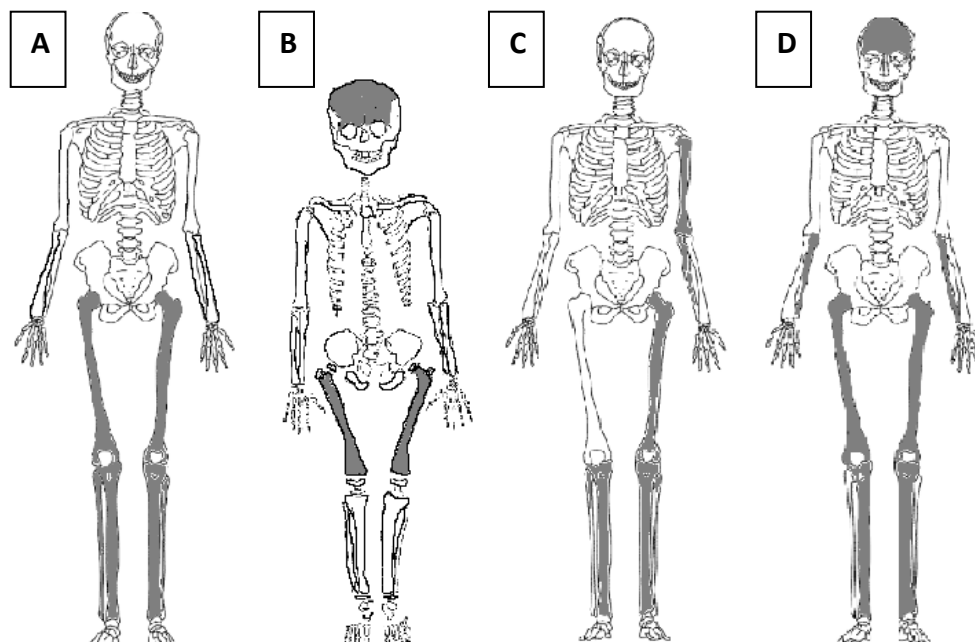


Figura 39- **A)** Indivíduo do sexo masculino (29-38 anos); **B)** Indivíduo não adulto (1-1,5 anos); **C)** Indivíduo do sexo feminino (20-23 anos); **D)** Indivíduo do sexo masculino (+ 23 anos). Os ossos pintados a cinzento indicam os ossos com alterações.

Verifica-se que os quatro indivíduos têm as mesmas lesões (por vezes mais ténues) nos fêmures e nas tíbias, com a exceção de indivíduo não adulto, uma vez que estas não se encontram bem preservadas. De acordo com o esquema e com as descrições anteriores, para além dos fêmures e tíbias, existe em comum entre o C e D a ulna esquerda afetada (Figura 39). Dos dois indivíduos adultos, cujos crânios estavam preservados (A e D) apenas um deles revelou lesões no crânio a nível endocraniano (indivíduo D- Figura 39).

Sabe-se que o osso combate uma infeção reagindo sempre do mesmo modo, isto é, retirando e repondo osso (Ortner e Putschar, 1981; Roberts e Manchester, 2005). É por este motivo que as lesões entre diferentes patologias são semelhantes, contudo, caso exista um indicador mais específico (e.g. eburnação- osteoartrose), o diagnóstico será favorecido. Ao ter em conta as lesões presentes e a repetição dos mesmos ossos afetados em ambos os indivíduos podemos fornecer como diagnóstico diferencial para as lesões infecciosas encontradas a malária, uma vez que se pode manifestar em todo o esqueleto

através da presença de lesões porosas, *cribra orbitalia* (indivíduo A e B- Figura 39), e também hiperostose porótica (indivíduo D- Figura 39) (Gúzman,2015) e a meningite tuberculosa uma vez que se pode manifestar em todo o esqueleto, inclusive no crânio e caracteriza-se por existir uma hipervascularização deixando uma aparência tipo “labirinto” que se destacam da restante superfície óssea (Pálfi et al., 2012; Lewis,2004; Hershkovitz et al.,2002). Particularmente para as lesões endocranianas encontradas no esqueleto D da figura 39, que têm o nome de *Serpens Endocrania Symmetrica* (SES), há que referir a sua incidência maioritariamente em indivíduos com menos de 39 anos e a associação que existe entre estas lesões a doenças intratorácicas (e.g. pneumonia), tuberculose (Hershkovitz et al.,2002) e ainda à meningite, uma vez que esta última caracteriza-se por uma infeção bacteriana que leva à inflamação aguda das meninges e consequente hipervascularização e impressão na tábua interna do crânio (Lewis,2007 e Lewis,2004).

5.7. Os registos de óbito da freguesia de São Salvador- Ílhavo

Para os 43 anos analisados (1795-1838) foram vistos um total de 4176 óbitos. Destes 4176 óbitos analisados, 609 deles (15%) referiam uma causa de morte. Os casos em que a causa de morte não era perceptível não foram contabilizados, constando, porém, no número total de óbitos vistos. Dos 609 óbitos que referiam uma causa de morte, 283 (46%) são relativos a homens e 326 a mulheres (54%). Foi elaborada uma tabela com os 609 óbitos com causa de morte, que consta no Anexo 1, com a distribuição de indivíduos do sexo masculino e feminino (sem discriminação entre adultos e não adultos) pelas 37 diferentes causas de morte identificadas ao longo dos 43 anos. Estas 37 diferentes causas de morte são, por ordem decrescente de frequência amostral a, (1) cólera, (2) malina/malária, (3) catarral, (4) derrepente, (5) febre, (6) afogado, (7) entrevação, (8) hética, (9) de doença, (10) hidropisia, (11) gangrena, (12) febre catarral, (13) reumatismo, (14) pernicioso, (15) inchaço, (16) parto, (17) constipação, (18) diarreia, (19) velhice, (20) queixa do peito, (21) frenesi, (22) debilidade, (23) privada da fala, (24) com uma dor, (25) pleura, (26) mentecapto/a, (27) asma, (28) estupor, (29) debaixo de um carro, (30) cancro, (31), gota (32) moléstia crónica, (33) de vômitos, (34) cólicas, (35) parótida, (36) escarlatina e (37) de uma facada.

Várias destas causas de morte são-nos familiares, contudo, existem algumas que necessitam uma breve definição que foi pesquisada em diferentes dicionários *online*, nomeadamente, Dicionário Infopédia de Termos Médicos (2003-2017), Dicionário Informal (2006-2007), Dicionário Priberam (2013) e Dicionário Médico (2014). As causas de morte e respetivas definições constam na tabela seguinte.

Tabela 33 - Definição de algumas das causas de morte presentes nos registos de óbito (1795-1838).

<i>Cattaral</i>	Designação popular que se utilizava para bronquite ou pneumonia.
<i>Entrevação</i>	Estar entevado.
<i>Hética</i>	Associada à tuberculose pulmonar e a um estado febril prolongado.
<i>Hidropisia</i>	Termo geral para designar uma acumulação anormal de líquido nos tecidos celulares ou em cavidades naturais do organismo.
<i>Gangrena</i>	Ausência de circulação sanguínea numa certa área do corpo e conseqüente necrose dos tecidos.
<i>Perniciosa</i>	Febre muito grave e quase sempre mortal.
<i>Frenesi</i>	Designação que se dava antigamente para referir uma patologia cerebral procedente da inflamação das meninges.
<i>Pleura</i>	É a membrana que cobre os pulmões, o que leva a crer que esta causa de morte esteja relacionada com uma das várias patologias que afetam os pulmões (i.e., tuberculose pulmonar, gripe pneumónica).
<i>Mentecapto/a</i>	Pessoa com distúrbios mentais, alienado.
<i>Estupor</i>	Estado intermédio entre estar consciente e em coma.
<i>Escarlatina</i>	Doença febril infecciosa e contagiosa, caracterizada por deixas manchas avermelhadas na pele.
<i>Parótida</i>	É uma glândula salivar que se situa a nível posterior da mandíbula o que leva a crer que esta causa de morte esteja relacionada com uma patologia que leve à inflamação destas glândulas.

Após análise dos 609 registos de óbito com causa de morte que constam em anexo, é de imediato perceptível que as três causas de morte mais referidas foram a *cólera* (166 casos- 27%) com 68 indivíduos masculinos (idade mínima de 9 anos e máxima de 80) e 98 femininos (idade mínima de 10 anos e máxima de 78), a *malina=malária* (98 casos- 16%) com 42 indivíduos masculinos (idade mínima de 8 anos e máxima de 80) e 56 femininos (idade mínima de 4 anos e máxima de 90) e por fim a *cattaral* (62 casos-10%) com 30 indivíduos masculinos (idade mínima de 10 anos e máxima de 86) e 32 femininos

(idade mínima de 9 anos e máxima de 87). Existem ainda outras causas de morte mais peculiares e com apenas um único registo, entre elas temos, um homem de 64 anos que faleceu *debaixo de um carro*, uma mulher de 65 anos que faleceu de *cancro*, um Reverendo de *gota* cujo a idade não é revelada e ainda um homem de 35 anos que morreu de uma *facada*. Todas as 37 causas de morte poderão ser analisadas, como referido anteriormente, no Anexo 1, tendo em conta o número de ocorrências por causa de morte, bem como o quantitativo por sexo, idade mínima e máxima onde a causa de morte foi registada e ainda o número de indivíduos, por sexo, em que não havia registo de idade.

6. Capítulo 6- Discussão

Como referido anteriormente, neste penúltimo capítulo, os resultados obtidos são analisados e comparados com os estudos de Inocêncio (2012) e Leitão (2016). Para além disto, é feita uma comparação de cariz exploratório entre as causas de morte presentes nos registos de óbito e os diagnósticos paleopatológicos aferidos nas inumações primárias, em particular nos casos de patologia infecciosa, uma vez que ambas as fontes, quando combinadas, podem contribuir para um melhor conhecimento do passado da população ilhavense que faleceu durante o século XVIII e XIX.

Analisou-se em primeiro lugar o estado de conservação dos 13 esqueletos da amostra. O índice de conservação anatómico total corresponde a 33% (i.e. razoável), 36% para os indivíduos adultos e 28% para os não-adultos. A diferença que existe entre o índice de conservação anatómico dos adultos e dos não adultos é expectável, uma vez que os ossos de indivíduos não adultos têm uma componente mineral menor do que os adultos e, para além disto, são mais pequenos e conseqüentemente mais frágeis, fazendo com que quebrem mais facilmente durante o processo de escavação. Apenas Inocêncio (2012) realizou o cálculo do índice de conservação tendo obtido na sua amostra um valor de 50,11% para os indivíduos adultos e 52,6% para os não-adultos. A discrepância que existe entre os valores obtidos nesta dissertação e os de Inocêncio (2012) é evidente, porém, poderá ser justificado uma vez que a autora refere a presença de alguns esqueletos com caixão, condição favorável a uma maior preservação dos mesmos. Leitão (2016) apenas refere que a sua amostra possui um estado de preservação fraco, sem qualquer percentagem associada.

O número mínimo de indivíduos obtido neste estudo foi de 38, dos quais 24 adultos e 14 não adultos. As amostras lisboetas contam com 29 indivíduos, 22 adultos e 7 não adultos (Inocêncio, 2012) e 25 em Leitão (2016) dos quais 20 adultos e cinco não adultos. O número mínimo da presente amostra é superior aos dois estudos em análise, contudo, ambas as amostras lisboetas possuem mais esqueletos em inumação primária do que este estudo. Por este motivo a comparação dos parâmetros será limitada a apenas algumas observações.

As alterações tafonómicas encontradas com mais frequência na presente amostra são de facto, as alterações cromáticas, nomeadamente verdes, que como referido anteriormente, estão associadas à presença de objetos metálicos que estiveram em contacto com a superfície óssea. Também as duas amostras lisboetas exibem de igual forma alterações cromáticas verdes nas suas amostras, o que será um achado comum, uma vez que, vários indivíduos eram enterrados com roupa (botões), terços ou até mesmo moedas.

Em relação à diagnose sexual, é necessário lembrar que existe uma baixa representatividade de inumações primárias adultas na presente amostra, apenas oito por comparação a 18 em Leitão (2016) e 22 em Inocência (2012), fator este que irá limitar a comparação de dados. Neste estudo, para além das oito inumações primárias, foi possível avaliar a diagnose sexual em 34 peças ósseas provenientes de inumações secundárias (15 peças ósseas tipicamente masculinas, 19 peças ósseas tipicamente femininas e uma indeterminada). Contudo, estes últimos dados não são comparáveis com as amostras lisboetas, uma vez que o estudo deste parâmetro recai quase exclusivamente sob as suas inumações primárias. Sendo assim, os dados relativos à diagnose sexual e respetivas proporções para as inumações primárias encontram-se na tabela seguinte.

Tabela 34- Proporção de indivíduos do sexo feminino, masculino e indeterminados nas inumações primárias de acordo com as três amostras em análise.

Amostras	n feminino	%	n masculino	%	n indeterminado	%	Total
Amostra em análise	2	25	4	50	2	25	8
Inocência (2012)	9	41	11	50	2	9	22
Leitão (2016)	9	50	7	39	2	11	18

Abreviaturas: n- número de indivíduos.

Através da tabela anterior pode-se verificar que, no sexo feminino, a proporção sexual é menor na presente amostra do que nas restantes duas contrastando com os valores percentuais obtidos para o sexo masculino, uma vez que a proporção desta amostra é idêntica à de Inocência (2012). Por fim, no que respeita os indivíduos em que

não foi possível diagnosticar o sexo, podemos verificar que a proporção é superior neste estudo face às amostras lisboetas.

Relativamente ao estudo da estimativa da idade à morte, a comparação entre ambas as amostras apresenta obstáculos, face ao reduzido número amostral de indivíduos em inumação primária da presente amostra quando comparado com as restantes e ainda porque foram utilizadas categorias etárias diferentes entre as amostras. Deste modo, optou-se por utilizar o número mínimo de indivíduos adultos e não adultos de cada amostra para comparar a proporção de adultos e não adultos, tal como representado na tabela 35.

Tabela 35- Proporção de indivíduos adultos e não adultos de acordo com as três amostras.

Amostras	NMI	n adultos	%	n não adultos	%
Amostra em análise	38	24	63	14	37
Inocêncio (2012)	29	22	76	7	24
Leitão (2016)	25	20	80	5	20

Abreviaturas: NMI- número mínimo de indivíduos; n- número total.

Através da tabela 35, podemos verificar que a proporção de indivíduos adultos é menor na amostra em estudo do que nas restantes duas amostras, ponto que se inverte quando nos referimos a indivíduos não adultos, cujo valor percentual é superior na amostra corrente face às duas amostras em análise.

O estudo da estatura nesta amostra, como referido anteriormente, foi limitado pela falta dos ossos necessários para calcular a estatura. Apesar disto, foi possível estimar a estatura em três esqueletos adultos (dois homens e uma mulher) e em dois fémures adultos do sexo masculino dos ossários. Como referido anteriormente, para os dois indivíduos do sexo masculino a estatura aproximada é de 169,2cm \pm 7.43 e 159,3cm \pm 7.43, e para o único indivíduo do sexo feminino 156,5cm \pm 5.94. Aos dois fémures masculinos de ossário obteve-se uma estatura aproximada de 174,3 cm \pm 6.93 e 172,6cm \pm 6.93. Inocêncio (2012) analisou este parâmetro em 15 indivíduos (oito homens e sete mulheres), tendo obtido uma estatura média para o sexo masculino de 165,8 cm e para o sexo feminino de 156,3 cm. Leitão (2016) analisou este parâmetro em 12 indivíduos (seis homens e seis mulheres) obtendo uma estatura média para o sexo masculino de 172,3cm e 159,4cm para o sexo feminino. Apesar de neste estudo não ter sido calculada

a média de estaturas para os sexos, podemos verificar que a estimativa calculada para os indivíduos é bastante próxima da média conseguida em ambas as amostras em análise.

A análise morfológica não métrica englobou o estudo de variantes anatómicas cranianas e pós-cranianas, contudo a amostra de crânios é muito reduzida (três crânios) o que levou a que algumas das variantes anatómicas cranianas tivessem sido encontradas em apenas um crânio. Por esta razão, não iremos aqui referir a frequência com que uma variante anatómica foi encontrada, mas sim referir a sua presença. Sendo assim, as variantes anatómicas cranianas registadas foram *foramina* parietal, *foramina* supraorbital, a incisura supraorbitária, ossos Wormianos e um ossículo lambdoide. A pesquisa de variantes anatómicas cranianas feita nesta amostra é um pouco diferente das variantes pesquisadas por Inocêncio (2012) e Leitão (2016), tendo sido, no entanto, possível verificar que existem em comum algumas variantes anatómicas registadas como presentes em ambas as amostras. Estas são a sutura supranasal em Inocêncio (2012) e a incisura supraorbitária, *foramina* parietais e *foramina* supraorbitais em Leitão (2016). As variantes anatómicas pós-cranianas registadas como presentes nesta amostra foram a fossa romboide, a abertura septal, faceta de agachamento medial, fossa *vastus* e por fim a forma da incisura troclear registada (sem divisão). Em comum com a amostra estudada por Inocêncio (2012) tem-se apenas a abertura septal, enquanto na amostra estudada por Leitão (2016) a abertura septal, a fossa romboide e a fossa *vastus*. Foram as variantes anatómicas pós-cranianas em comum entradas.

Para o estudo da patologia oral, o presente estudo analisou o desgaste dentário, as cáries e as hipoplasias do esmalte dentário. O número amostral dentário do trabalho corrente é 133 dentes e das restantes duas amostras 248 (Inocêncio,2012) e 173 dentes (Leitão,2016). No presente estudo todos os dentes mostravam pelo menos algum polimento, 37 do total amostral estavam cariados (28%) e apenas um dente com hipoplasias do esmalte dentário (1%). Para além disto verificou-se ainda um caso de desgaste atípico num indivíduo adulto do sexo masculino com uma idade entre os 29-38 anos que poderá estar relacionado com o uso de cachimbo, dada a forma e local do desgaste e, para além disso ter sido recuperado durante a escavação uma haste de cachimbo, o que indica que este objeto era utilizado na época. Nas duas amostras lisboetas (Tabela 36), uma revelou a presença de 101 dentes desgastados (41%), 56

dentes cariados (23%) e dois dentes hipoplásicos (Inocêncio, 2012), enquanto a outra (Leitão, 2016) 170 desgastados (98%), 78 dentes cariados (45%), 14 dentes hipoplásicos (8%). À semelhança deste estudo, a mesma autora encontrou também desgaste atípico que poderá estar relacionado com atividades laborais, nomeadamente sirgueiros (quem cose ornamentos nos chapéus, utiliza agulhas) e chapeleiros (Leitão,2016).

Tabela 36- Proporção de dentes cariados, desgastados e hipoplásicos de acordo com as três amostras em análise.

Amostras	n	Dentes cariados		Dentes desgastados		Dentes hipoplásicos	
			%		%		%
Amostra em análise	133	37	28%	133	100%	1	1%
Inocêncio (2012)	248	56	23%	101	41%	2	1%
Leitão (2016)	173	78	45%	170	98%	14	8%

Abreviaturas: n- número total de dentes.

É evidente que o número amostral dentário do presente estudo é menor do que as restantes amostras. No entanto, podem-se comparar os valores percentuais calculados na tabela 36. Verifica-se que a percentagem de dentes desgastados entre a presente amostra e a de Leitão (2016) é bastante próxima, diferindo, porém, da amostra de Inocêncio (2012). Apesar disto, as três amostras têm em comum o facto de os terceiros molares serem o tipo de dentes menos afetado. A percentagem de cáries entre esta amostra e a Inocêncio (2016) é próxima, tendo a amostra de Leitão (2016) uma percentagem um pouco superior. Por fim, a percentagem de dentes hipoplásicos é novamente a mesma nesta amostra e na de Inocêncio (2012), sendo ligeiramente superior em Leitão (2016), devido ao maior número de dentes hipoplásico. Apesar disto, verifica-se que as três amostras contêm incisivos superiores afetados.

Relativamente à presença de lesões de tipo traumático, encontram-se três casos: um 3º metatarso, uma costela direita e uma patela esquerda. Para além disto, podemos observar uma mandíbula com uma lesão que poderá ser traumática ou um caso extremo de reabsorção alveolar, não sendo possível, porém verificar qual o diagnóstico mais provável, uma vez que a mandíbula está partida na zona em questão. Todos estes ossos

que sofreram uma lesão traumática pertencem a indivíduos adultos e são *ante mortem*, dado que as lesões estavam completamente consolidadas e sem sinais de infecção. Apenas Inocêncio (2012) aborda este parâmetro na sua amostra, tendo encontrando, também em indivíduos adultos mais de dez casos de lesões traumáticas *ante mortem*, sendo as costelas o tipo de osso mais afetado. Contudo, o número de lesões traumáticas recuperadas nesta amostra (n=3) e na da autora referida anteriormente (n= +10) não têm uma ordem de grandeza comparável, uma vez que nesta amostra apenas foram analisados oito adultos, dois dos quais apresentam uma fratura e o outro caso é do ossário, enquanto que na amostra de Inocêncio (2012) foram analisados 22 adultos, seis dos quais apresentavam uma lesão traumática.

Relativamente ao estudo das lesões degenerativas articulares, nesta amostra, apesar de em número muito reduzido, o tipo de osso mais afetado foram as vértebras cervicais e lombares, pertencendo a dois indivíduos do sexo masculino e um do sexo feminino. As seis vértebras afetadas apresentam várias lesões no corpo das vertebrae, nomeadamente osteófitos marginais, crescimento ósseo, microporosidade e alteração do seu contorno que, como referido anteriormente poderia estar relacionado com osteoartrose, mas não se pode afirmar ser o caso. Para além das vértebras, observou-se uma costela com presença de eburnação na extremidade costovertebral, um local pouco comum para o surgimento de lesões associadas à osteoartrose, uma vez que estas lesões são mais comuns nas vértebras, mãos e pés (Waldron,2009), podendo haver a possibilidade desta lesão ter sucedido após uma lesão traumática (Waldron,2009). Como mencionado no subcapítulo 5.6.3.1. esta patologia tem uma forte correlação com o sexo, sendo as mulheres normalmente as mais afetadas, com a idade e movimentos repetidos onde podemos incluir indicadores de uma atividade laboral (Waldron, 2009; Roberts e Manchester, 2005). Podemos relacionar este último ponto, com a informação dada na introdução desta dissertação sobre as ocupações do homem e da mulher de Ílhavo. Sabe-se que os homens de Ílhavo eram normalmente pescadores, o que poderia certamente implicar movimentos repetidos como por exemplo, lançar e recolher redes de pesca e que a mulher de Ílhavo normalmente carregava à cabeça cestas com peixe para vender, o que certamente criava pressão na coluna vertebral. Roberts e Manchester (2005) referem que o stress causado na coluna vertebral pode levar à origem de osteófitos e

consequente alteração do contorno da articulação, por este motivo podemos inferir que estas lesões causadas nas vértebras poderão estar relacionadas com estas atividades. As amostras lisboetas revelam a presença de 18 indivíduos afetados (Inocêncio, 2012) sendo os ossos mais afetados as vértebras torácicas e lombares e 17 indivíduos afetados em Leitão (2016) sendo as vértebras torácicas o tipo de osso mais afetado. Apesar de um número amostral bastante díspar, as três amostras fornecem como possível diagnóstico para estas lesões a osteoartrose em pelo menos um osso. No que concerne o estudo das alterações degenerativas não articulares, podemos afirmar que nas três amostras foram encontradas alterações das enteses. Na presente amostra o osso mais afetado foram as patelas, havendo três indivíduos afetados. Existe um caso mais grave na patela esquerda de um indivíduo do sexo masculino sem idade conhecida, que revelou uma alteração da entese grave exuberante, cuja etiologia primária é uma lesão traumática. Na amostra de Inocêncio (2012) foram observados 21 indivíduos e nove ossos de ossário com alterações da entese, tendo sido os ossos longos aqueles que revelaram uma maior frequência, também Leitão (2016) estudou de igual forma este parâmetro, mas com uma metodologia diferente obtendo um total de 18 indivíduos afetados, sendo a anca e o ombro os locais de inserção de ligamentos mais afetados.

No estudo dos indicadores de stress fisiológico foram encontrados três casos de *cribra orbitalia*, dois indivíduos não adultos, um com 1-1,5 anos e o outro sem idade conhecida, e um adulto do sexo masculino (29-38 anos) e ainda um caso de hiperostose porótica ténue no parietal esquerdo de um indivíduo adulto jovem do sexo masculino (+23 anos). Como referido anteriormente, estes indicadores patológicos podem estar associados a diversas patologias, tais como a anemia por deficiência em ferro (Wapler et al., 2004 e Brickley e Ives, 2006), escorbuto (Lewis, 2007; Walker et al., 2009) e a malária (Guzmán, 2015). Dada a história que marcou o século XVIII e o século XIX e as causas de morte registadas nos registos de óbito, qualquer um destes diagnósticos poderia ser definido como o mais provável, isto porque sabemos que a situação em que a população portuguesa em geral vivia na época era precária, quer em termos sanitários como nutricionais, tornando o escorbuto e a anemia por deficiência em ferro um provável diagnóstico e malária também uma vez que, apesar de ser uma doença maioritariamente associada a climas tropicais chegou ao nosso país através das embarcações que faziam

ligação entre as antigas colónias portuguesas e Portugal matando centenas de pessoas, tal como consta nas causas de morte dos registos de óbito explorados neste estudo. Nas amostras de Inocêncio (2012) e Leitão (2016) não foram encontrados estes indicadores em indivíduos não adultos, mas sim um caso de *cribra orbitalia* em cada um dos estudos encontrado em dois indivíduos adultos com mais de 50 anos.

Posteriormente analisou-se a presença de indivíduos com patologias congénitas. Neste âmbito encontrou-se um possível caso de patologia congénita num indivíduo adolescente de sexo indeterminado com menos de 20 anos. Como referido nos resultados, este indivíduo possui já toda a dentição permanente mandibular à exceção dos dois segundos pré-molares que, segundo Scheuer e Black (2000) erupcionam, normalmente, entre os 11-12 anos, dependendo do sexo do indivíduo, o que levou a fornecer como possível diagnóstico a ausência congénita destes dois dentes. Esta ausência é algo bastante comum em especial nos terceiros molares e nos segundos pré-molares mandibulares (Valinoti, 1958; Jha e Jha, 2012). Pode-se tratar de uma questão unilateral ou simétrica, sendo que a ausência simétrica dos segundos pré-molares mandibulares é muito frequente (Rakhshan, 2015). Para cimentar este possível diagnóstico, apesar de não ter sido feita nenhuma radiografia, é possível verificar no lado direito da mandíbula (que se encontra partido *post mortem*) que não existia à época da morte nenhum segundo pré-molar em formação ou ainda incluso. Nenhum dos dois estudos a ser comparados referem observações feitas no âmbito da patologia congénita.

Em penúltimo lugar, analisou-se a presença de indivíduos com evidências de patologia infecciosa. Nesta amostra, como referido anteriormente, encontraram-se quatro casos, um indivíduo adulto do sexo masculino com idade entre os 29-38 anos, dois adultos jovens, um do sexo masculino com mais de 23 anos e outro do sexo feminino com uma idade compreendida entre 20 e 23 anos e por último um indivíduo não adulto com uma idade entre um ano e um ano e meio (Tabela 37).

Tabela 37 - Características dos indivíduos com lesões de cariz infeccioso.

	Sepultura 9 (Dupla)		Sepultura 11	Sepultura 12
Nível	III	III	III	IV
Categoria etária	Adulto	Infante	Adulto jovem	Adulto jovem
Sexo	♂	-	♂	♀
Idade à morte	29-38 anos	1-1,5	+ 23	20-23

Abreviaturas: ♂- sexo masculino; ♀- sexo feminino.

Ainda com base na tabela anterior podemos verificar que os dois indivíduos recuperados da sepultura 9 e o indivíduo recuperado da sepultura 11 encontram-se no mesmo nível (nível III). Por sua vez, o indivíduo da sepultura 12 encontra-se no último nível identificado em campo, o nível IV. Como é de conhecimento, dizer ao certo qual a patologia exata que causou uma lesão é uma tarefa quase impossível (Ortner e Putschar, 1981 e Ortner, 2011) a menos que, a doença tenha uma lesão patognomónica. Contudo, conhecer o contexto geográfico e histórico poderá ajudar a selecionar os diagnósticos mais prováveis. Deste modo, fornece-se como diagnóstico diferencial para estas lesões a malária, meningite tuberculosa e particularmente para as lesões encontradas a nível endocraniano de um dos quatro indivíduos (*Serpens Endocrania Symmetrica*- SES) afetados, a meningite, doenças intratorácicas e tuberculose. Como referido na introdução, sabe-se que Portugal sofreu, durante o século XVIII e inícios do século XIX um período de grave crise sanitária, com especial incidência nas grandes cidades, o que deu aso a que várias epidemias se disseminassem. As epidemias que mais se fizeram notar, especialmente a norte do país foram a cólera-morbo, a peste bubónica, tifo, malária e a gripe pneumónica (Almeida,2014). De todas estas epidemias referidas anteriormente, a que mais vidas ceifou foi a cólera-morbo ultrapassando até mesmo à época as mortes contabilizadas por tuberculose. A gripe pneumónica foi também responsável pela morte de centenas de pessoas, pelo facto de ser transmitida pelo ar. Apesar de historicamente existirem vários registos sobre diversas epidemias, a vasta maioria matava rapidamente, possivelmente dada a má alimentação e consequentemente estarem imunologicamente mais fracas. Por este motivo as pessoas morriam num curto espaço de tempo, impedido uma reação óssea a aquele evento. De acordo com as lesões verificadas nestes quatro esqueletos e tendo em conta que todos os indivíduos manifestam as mesmas lesões e nos mesmos ossos (à exceção do indivíduo com lesões endocranianas que é único), que

foram sepultados em níveis próximos uns dos outros (Tabela 39), as doenças que mais pessoas mataram nos séculos XVIII e XIX e ainda quais destas doenças podem deixar algum registo no osso, podemos afirmar que tanto a malária como a meningite tuberculosa, a tuberculose e a meningite são diagnósticos prováveis. Relativamente às doenças intratorácicas, dado que não foram encontradas lesões na face visceral das costelas, esta opção foi excluída.

Por último, para concretizar o segundo objetivo desta dissertação, analisaram-se os registos de óbito, sendo que, dos dois estudos a serem comparados, apenas Inocêncio (2012) abordou ligeiramente esta temática, não conseguindo porém, na sua análise, recolher dados relativos às idades (apenas um caso de uma idosa de 90 anos) e causa da morte, salvo algumas exceções em que os registos de óbito referiam morte repentina ou apoplética. Como referido no subcapítulo 5.7., 609 registos de óbito, de um total de 4176 registos analisados durante 1795 e 1838 referem uma causa de morte, sendo as três causas de morte com maior número de indivíduos afetados a cólera (166 indivíduos), malária (98 indivíduos) e *catarral* (62 indivíduos). De acordo com a época histórica e a situação epidémica que Portugal viveu nos séculos XVIII e XIX, isto é, muitas mortes causadas pela cólera, malária, e gripe pneumónica (Almeida, 2014, 2011), pode-se verificar que existe concordância entre as causas de morte referidas entre 1795 e 1838 e as que marcaram Portugal durante estes dois séculos. Não obstante, existem de facto, algumas causas de morte não específicas (e.g. *febre* e *de doença*), o que é compreensível dado o pouco conhecimento que existia ainda sobre várias doenças que atacavam as populações. Estas duas últimas causas de morte referidas como exemplo, são de facto bastante gerais, o que leva a crer que poderão ter sido causadas pela mesma bactéria ou vírus, como é o exemplo da *febre*, da *febre catarral* e da *perniciosa* que dada a época poderiam ter sido causadas por diversas doenças infecciosas, como por exemplo, *malária*, *cólera* ou gripe pneumónica. De todas as causas de morte encontradas nestes 609 registos de óbitos, as que realmente poderão coincidir com os diagnósticos aferidos nas patologias infecciosas são a malária com 98 pessoas afetadas (42 homens com idade mínima de 8 anos e máxima de 80 anos/ 56 mulheres- idade mínima de 4 anos e máxima de 90 anos) e *frenesi* com 3 pessoas afetadas (2 homens, um com 34 anos e outro com 45 e uma mulher com 24 anos) que significa uma inflamação das meninges. Ainda através

do cruzamento da informação paleopatológica obtida dos esqueletos e da informação retirada dos registos de óbito foi possível obter uma outra visão sobre a saúde, doença e morte da população que faleceu em Ílhavo durante o século XVIII e inícios do século XIX. Esta outra visão recai essencialmente sobre as causas de morte registadas que não podem ser vistas no esqueleto por matarem rápido ou por simplesmente não deixarem marcas no esqueleto, como é o exemplo das 166 pessoas que morreram de *cólera*, dos 33 homens que morreram afogados a exercer a sua profissão- pescadores, das quatro pessoas que morreram de *queixa do peito*, ou das 40 pessoas que morreram *derrepente*. Caso nos restringíssemos apenas à informação que os esqueletos nos forneceram poderíamos estar a criar uma visão errónea sobre a saúde e doença dos indivíduos. Porém, com a inclusão destes registos escritos foi possível ter uma outra visão sobre a população que morreu nestes dois séculos. Apesar de se tratar de um estudo exploratório que incidiu apenas numa análise de 43 anos e de cientes de que o uso deste tipo de documento é limitado dado ao pouco rigor científico que existia na época, consegue-se perceber o elevado potencial que existe quando se combina a informação que o esqueleto nos dá e a informação escrita por quem viveu na mesma altura das pessoas que nós agora estudamos.

7. Capítulo 7- Considerações finais

O presente estudo teve como objetivo primário caracterizar paleodemograficamente e paleopatologicamente uma pequena série osteológica contemporânea e, como objetivo secundário, realizar um pequeno estudo exploratório comparativo entre as causas de morte registadas nos registos de óbito entre 1795 e 1838 e os diagnósticos aferidos nas inumações primárias, especialmente nas patologias infecciosas, com o intuito de fornecer uma visão mais abrangente dos indivíduos que faleceram durante o século XVIII e meados do século XIX.

O número mínimo de indivíduos desta amostra corresponde a 38 indivíduos, dos quais 13 indivíduos de 12 inumações primárias e 25 indivíduos em inumação secundária, nomeadamente cinco ossários e material osteológico disperso. Destes 38 indivíduos 24 são adultos e 14 são não adultos.

No que concerne o estudo paleodemográfico foi possível identificar dois indivíduos do sexo feminino e 19 peças ósseas tipicamente femininas, quatro do sexo masculino e 15 peças ósseas tipicamente masculinas e dois indivíduos e uma peça de ossário em que não foi possível realizar a diagnose sexual. Para além disto, foi possível analisar a presença de cinco jovens adultos (20-35 anos), dois adultos (35-50 anos), três adultos idosos (+ de 50 anos), seis infantes (nascimento- 3 anos), cinco crianças (3-12 anos) e seis adolescentes (12-20 anos).

A estatura foi estimada em três esqueletos, dois indivíduos do sexo masculino com uma estatura de $169,2\text{cm} \pm 7.43$ e $159,3\text{cm} \pm 7.43$ e $156,5\text{cm} \pm 5.94$ para o único indivíduo do sexo feminino. Dentro das inumações secundárias foi também possível realizar este parâmetro para dois fémures masculinos, um esquerdo com $174,3\text{cm} \pm 6.93$ e um direito com $172,6\text{cm} \pm 6.93$.

A análise patológica revelou, não só cáries dentárias, como desgaste dentário, um caso de hipoplasia do esmalte dentário, lesões degenerativas articulares e não articulares, lesões traumáticas, indicadores de stress fisiológico nomeadamente *cribra orbitalia* em três indivíduos e um caso de hiperostose porótica, mas também a existência de um caso de desgaste dentário atípico num indivíduo adulto do sexo masculino (29-38 anos), que á partida está relacionado com o uso de cachimbo, um possível caso de

patologia congénita, que remete para a agénese de dois segundos pré-molares inferiores e por fim quatro casos de patologia infecciosa, um deles evidenciando lesões endocranianas (*Serpens Endocrania Symmetrica*) e cujos possíveis diagnósticos são a malária, meningite, meningite tuberculosa e tuberculose.

Relativamente ao estudo exploratório realizado nos registos de óbito da freguesia de São Salvador em Ílhavo, apesar de, como referido anteriormente, existirem limitações relativas ao estudo deste tipo de documentos, foi possível comparar algumas causas de morte desses registos com os diagnósticos conseguidos para os quatro esqueletos afetados com uma patologia infecciosa, sendo estas a malária e *frenesi* (meningite). Para além disto, foi possível ainda ter conhecimento de outros acontecimentos que mataram várias pessoas em Ílhavo durante os 43 anos explorados, como mencionado no capítulo anterior, a cólera e diversas mortes por afogamento.

Em suma, o estudo feito nesta pequena amostra esquelética permitiu a caracterização destes indivíduos que foram sepultados na igreja de São Salvador de Ílhavo, facto importante uma vez que existem, poucos ou nenhum estudo feito neste âmbito. No futuro seria interessante continuar a explorar e cruzar o conhecimento que o estudo dos esqueletos produz e as informações que este tipo de documento possui, não só em Ílhavo, mas também em outras regiões portuguesas, tentando assim obter uma visão mais abrangente das populações.

Referências Bibliográficas

A

Almeida, M. A. P. 2011. A epidemia de cólera de 1853-1856 na imprensa portuguesa. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, V.18, 4: 1057-1071. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18n4/06.pdf>.

Almeida, M. A. P. 2014. As epidemias nas notícias em Portugal: cólera, peste, tifo, gripe e varíola, 1854-1918. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, V.21, 2:687-708. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n2/0104-5970-hcsm-21-2-0687.pdf>.

Almeida, M. G. 2012. Cemitérios oitocentista, culto, fé e patrimônio: experiências intercambiantes. *Anais dos Simpósios da ABHR*, Volume 13. Disponível em: <http://www.abhr.org.br/plura/ojs/index.php/anais/article/viewFile/564/422>.

B

Balter, M. 2012. Did Neandertals Truly Bury Their Dead? *Science*, 337: 1443-1444. DOI: 10.1126/science.337.6101.1443.

Barnes, E. 2012. *Atlas of developmental field anomalies of the human skeletons*. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.

Bass, W.M. 1987. *Human Osteology- A Laboratory and Field Manual*. Missouri Archaeological Society. Third Edition.

Black, S. e Scheuer, L. 1996. Age Changes in the Clavicle: from the Early Neonatal Period to Skeletal Maturity. *International Journal of Osteoarchaeology*, Vol.6: 425-434. DOI: 10.1002/(SICI)10991212(199612)6:5<425::AID-OA287>3.0.CO;2-U .

Borrvalho, J. 2014. *Tuberculose no final do século XIX em Portugal*. Tese de Mestrado em Ciências Farmacêuticas apresentada à Universidade Lusófona. Disponível em:http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/5420/DM_Tuberculose%20no%20final%20do%20s%C3%A9culo%20XIX%20em%20Portugal.pdf?sequence=1.

Brickley, M.; Ives, R. 2006. Skeletal Manifestations of Infantile Scurvy. *American Journal of Physical Anthropology*, 129:163–172. DOI: 10.1002/ajpa.20265.

Brits, D.M.; Bidmos, M.A.; Manger, P.R. 2017. Stature estimation from the femur and tibia in Black South African subadults. *Forensic Science International*, 270: 277.e1-277.e10. DOI: 10.1016/j.forsciint.2016.10.013.

Bruzek, J. 2002. A method for visual determination of sex, using the human hip bone. *American Journal of Physical Anthropology*, 117: 157- 168. DOI: 10.1002/ajpa.10012.

Buckberry, J.L.; Chamberlain, A.T. 2002. Age estimation from the auricular surface of the ilium: a revised method. *American Journal of Physical Anthropology*, 119(3):231-9. DOI: 10.1002/ajpa.10130.

Buikstra, J.E.; Ubelaker, D.H. 1994. *Standards for Data Collection from Human Skeletal Remains*. Arkansas Archeological Survey.

C

Câmara Municipal de Ílhavo. 2013. *Estudos de Caracterização. Património*. Revisão Plano Diretor Municipal de Ílhavo. Disponível em: http://www.cm-ilhavo.pt/uploads/writer_file/document/1861/II_04_5_PATRIM_CULT.pdf.

Capela, J.V.; Matos, H. 2011. As freguesias dos distritos de Aveiro e Coimbra nas Memórias paroquiais de 1758. *Memórias, Histórias e Património*. Coleção Portugal nas Memórias Paroquiais de 1758. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/19969>.

Cardoso, H. F. V. 2000. *Dimorfismo sexual na estatura, dimensões e proporções dos ossos longos dos membros. O caso de uma amostra portuguesa dos séculos XIX-XX*. Tese de Mestrado em Evolução Humana, Universidade de Coimbra.

Cardoso, H.F.V.; Marinho, L.; Albanese, J. 2016. The relationship between cadaver, living and forensic stature: A review of current knowledge and a test using a sample of adult portuguese males. *Forensic Science International*, 258: 55–63. DOI: 10.1016/j.forsciint.2015.10.012.

Cardoso, H.F.V.; Saunders, S.R. 2008. Two arch criteria of the ilium for sex determination of immature skeletal remains: A test of their accuracy and an assessment of intra- and inter-observer error. *Forensic Science International*, 178:24–29. Disponível

em:<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/3759/1/file028b19321e43406b9852d5df5a2018dc.pdf>.

Catarral in Dicionário Infopédia de Termos Médicos [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2017. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/catarral>.

Conceição, L. 2010. O banho e a higiene doméstica em Portugal. *Revista Lusófona de Humanidades e Tecnologias*. [S.l.], n.11. Disponível em: <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rhumanidades/article/view/1385>.

Cope, G. 2012. Tooth wear: causes, diagnosis and prevention. *Dental Nursing*, Vol 8. Number 7. Disponível em: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/pdf/10.12968/denn.2012.8.7.414>.

Cordeiro C.; Munoz-Barus J.I.; Wasterlain S.; Cunha E.; Vieira D.N. 2009. Predicting adult stature from metatarsal length in a Portuguese population. *Forensic Science International*, 15;193(1-3):131. DOI:10.1016/j.forsciint.2009.09.017.

Cunha E.; Baccino E.; Martrille L.; Ramsthaler F.; Prieto J.; Schuliar Y.; Lynnerup N.; Cattaneo C. 2009. The problem of aging human remains and living individuals: A review. *Forensic Science International*, 193 (1-13). DOI: 10.1016/j.forsciint.2009.09.008.

Cunha, E. 1994. *Paleobiologia das Populações Medievais Portuguesas. Os casos de Fão e São João de Almedina*. Tese de Doutoramento em Antropologia. Coimbra, Departamento de Antropologia, Universidade de Coimbra [Policopiado].

Cunha, E. 2010. *Como nos tornámos humanos*. Imprensa da Universidade de Coimbra.

D

David, H.M. 1992. *As crises de mortalidade no concelho de Braga (1700-1880)*. Dissertação de Doutoramento em História Moderna e Contemporânea apresentada à Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/18026>.

DiGangi, E. A.; Bethard, J.D.; Kimmerle, E. H., Konigsberg, L. W. 2009. A New method for Estimating Age-At-Death From the First Rib. *American Journal of Physical Anthropology*, 138:164-176. DOI: 10.1002/ajpa.20916.

E

ERA-Arqueologia, S.A. 2012. Relatório Final dos Trabalhos Arqueológicos – “Necrópole da Igreja Matriz de Ílhavo”.

Escarlatina in Dicionário infopédia da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2017. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/escarlatina>.

Estupor in Dicionário Médico. 2014. Disponível em: <http://www.xn--dicionariomdico-0gb6k.com/estupor.html>.

F

Finnegan, M. 1978. Non-Metric Variation of the Infracranial Skeleton. *Journal of Anatomy*, 125(Pt 1):23-37.

frenesi in Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2017. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/frenesi>.

G

Gangrena in Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2017. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/gangrena>.

Garcia, S. 2005/2006. Conservação diferencial dos esqueletos humanos da série medieval de S. Martinho (Leiria): implicações para a paleodemografia e para a paleopatologia. *Antropologia Portuguesa*, 22/23:273-94. Disponível em: https://www.uc.pt/en/cia/publica/AP_artigos/AP22.23.12_Garcia.pdf.

Gomes, D. 1941. *Costumes e gente de Ílhavo*. Anadia: Tipografia Comercial.

Gomes, S.A.G.; Fidalgo, E.F.; Cipriano, L. 2009. *O Foral Manuelino de Ílhavo*. Município de Ílhavo.

Guzmán, N.E.S. 2015. Cribra orbitalia in the ancient Nile Valley and its connection to malaria. *International Journal to Paleopathology*, 10 1–1. DOI: 10.1016/j.ijpp.2015.03.001.

H

Hershkovitz, I.; Greenwald, C.M.; Latimer, B.; Jellema, L.M.; Wish-Barataz, S.; Eshed, V.; Dutour, O.; Rothschild, B.M. 2002. Serpens Endocrania Symmetrica (SES): A New Term and a Possible Clue for Identifying Intrathoracic Disease in Skeletal Populations. *American Journal of Physical Anthropology*, 118:201–216. DOI: 10.1002/ajpa.10077.

Hética in Dicionário informal, 2006-2017. Disponível em: <http://www.dicionarioinformal.com.br/h%E9tica/>.

Hidropisia in Dicionário infopédia de Termos Médicos [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2017. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/hidropisia>.

I

Inhorn, M. C.; Brown, P. J. 1990. The Anthropology of Infections Disease. *Annual Review of Anthropology*, 19:89-117. Disponível em: http://users.clas.ufl.edu/krigbaum/4468/inhorn&brown_1990_ARA.pdf.

Inocêncio, J. 2012. *Estudo antropológico do material osteológico do século XIX proveniente da Igreja de São Julião*. Tese de Mestrado em Medicina Legal da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Irish J.D.; Scott G.R. 2016. *A Companion to Dental Anthropology*. John Wiley & Sons.

Işcan, M.Y.; Loth, S.R.; Wright, R.K.; 1984a/1985 in Işcan, Y. M.; Stein, M. 2013. *The Human Skeleton in Forensic Medicine*. Third Edition. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois: 89-97.

J

Jacinto, F. 2016. *Revisão da Carta Educativa de Ílhavo*. Fundação Manuel Leão. Vila Nova de Gaia. Disponível em: http://www.cm-ilhavo.pt/uploads/writer_file/document/4735/Carta_Educativa_Ilhavo_2016.pdf.

Jha, P.; Jha, M. 2012. Management of congenitally missing second premolars in a growing child. *Journal of Conservative Dentistry*, 15(2): 187-190. DOI: 10.4103/0972-0707.94577 .

Jurmain, R.; Villotte, S. 2010. *Terminology. Entheses in medical literature and physical anthropology: a brief review*. Document published online in 4th February following the Workshop in Musculoskeletal Stress Markers (MSM): limitations and achievements in the reconstruction of past activity patterns, University of Coimbra, July 2-3, 2009. Coimbra, CIAS - Centro de Investigação em Antropologia e Saúde. Disponível em: http://www.uc.pt/en/cia/msm/MSM_terminology3.

K

Kaidonis, J.A. 2008. Tooth wear: The view of the anthropologist. *Clinical Oral Investigation*. DOI: 10.1007/S00784-007-0154-8.

L

Larsen, C. S. 1997. *Bioarchaeology: Interpreting behaviour from human skeleton*. Cambridge University Press, Cambridge

Larsen, C.S. 2002. Bioarchaeology: the lives and lifestyles of past people. *Journal of Archeological Research*, 10:119-166. Disponível em: <http://users.clas.ufl.edu/davidson/arch%20of%20death/Week%2007/Larson%202002%20bioarchaeology.pdf>.

Leitão, S. 2016. *A reedificação da Igreja de São Julião em Lisboa: Estudo bioantropológico de uma amostra de 22 indivíduos e 1 ossário inumados na primeira metade do século XIX*. Tese de Mestrado em Biologia e Evolução Humanas da Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade de Coimbra.

Lewis, M. E. 2004. Endocranial Lesions in Non-adult skeletons: Understanding their Aetiology. *International Journal of Osteoarchaeology*, 14: 82–97. DOI: 10.1002/oa.713.

Lewis, M. E. 2007. *The bioarchaeology of children: Perspectives from biological and forensic anthropology*. Cambridge University Press, Cambridge.

Lopes, M. A. 2002. Crianças e jovens em risco nos séculos XVIII e XIX. *Revista de História da Sociedade e da Cultura*, 2:155-184. Coimbra. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/25021/1/Crian%C3%A7as%20e%20jovens%20em%20risco.M.A.Lopes.pdf>.

M

Martins, L.A.C.P.; Martins, R.A. 2006. Os miasmas e a teoria microbiana das doenças. *Scientific American Brasil*, 6: 68-73. Disponível em: <http://www.ghtc.usp.br/server/pdf/ram-Miasmas-Sci-Am.PDF>.

Mendonça, M. C. 2000. Estimation of height from the length of long bones in a Portuguese adult population. *American Journal of Physical Anthropology*, 112(1):39-48. Disponível em: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)10968644\(200005\)112:1%3C39::AID-AJPA5%3E3.0.CO;2-%23/epdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)10968644(200005)112:1%3C39::AID-AJPA5%3E3.0.CO;2-%23/epdf).

Mentecapto in Dicionário infopédia da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2017. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/mentecapto>.

Milner, G.N. 2016. *Camilo Castelo Branco: Maria da Fonte e a Revolução Cemiterial em Portugal Oitocentista*. Anais do VII Seminário dos Alunos dos Programas de Pós-Graduação do Instituto de Letras da UFF. Estudos de Licenciatura. no 1. 238-254. Disponível em: <http://www.anaisdosappil.uff.br/index.php/VIISAPPIL-Lit/article/view/466/335>.

O

Ortner, D. J. 2011 (b). Human skeletal paleopathology. *International Journal of Paleopathology*, 1: 4-11. DOI: 10.1016/j.ijpp.2011.01.002.

Ortner, D.; Putschar; 1981. *Identification of pathological conditions in human skeletal remains*. Washington: Smithsonian Institution Press.

P

Pálfi, G.; Bereczki, Z.; Ortner, D.J.; Dutour, O. 2012. Juvenile cases of skeletal tuberculosis from the Terry Anatomical Collection (Smithsonian Institution, Washington, D.C., USA). *Acta Biologica Szegediensis*, 56(1):1-12. Disponível em: <https://www2.sci.u-szeged.hu/ABS/2012/Acta%20Hp/5601.pdf>.

Parótida in Dicionário infopédia da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2017. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/parótida>.

Perniciosa in Dicionário Priberam. 2013. Disponível em: <https://www.priberam.com/dlpo/perniciosa>.

Pleura in Dicionário infopédia da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2017. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/pleura>.

R

Rakhshan, V. 2015. Congenitally missing teeth (hypodontia): A review of the literature concerning the etiology, prevalence, risk factors, patterns and treatment. *Dental Research Journal*, 12 (1): 1-13. Disponível em: <http://drj.mui.ac.ir/index.php/drj/article/view/1656/1051>.

Roberts, C.; Manchester, K. 2005. *The archaeology of disease*. ed. Ithaca, N.Y.: Cornell University Press.

Roksandik, M. 2002. Position of skeletal remains as key to understanding mortuary behavior. In: Haglund, W.D.; Sorg, M.H. (eds.) *Advances in Forensic Taphonomy*, pp. 95-113.

S

Santos, E. 1984. O Homem Português perante a doença no século XVIII: atitudes e receituário. *Revista da Faculdade de Letras: História*, II série, Volume 1, p.187-201. <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/artigo3821.pdf>.

Saunders, S.R.; Rainey, D.L. 2008. Nonmetric Trait Variation in the Skeleton: Abnormalities, Anomalies and Atavisms. In: Katzenberg, M.A.; Saunders, S.R. (eds.) *Biological Anthropology of the Human Skeleton*. New Jersey: Wiley-Liss, John Wiley & Sons, Inc.: 533-559.

Schaefer, M.; Black, S.; Scheuer, L. 2009. *Juvenile Osteology - A Laboratory and Field Manual*. Amsterdam: Academic.

Scheuer, L.; Black, S. 2000. *Developmental Juvenile Osteology*. San Diego, CA: Academic Press.

Schwarz, S. 2014. Neanderthal Funerary Practices: Complexity and Variation in Structured Responses to Death. *The Post Hole*, issue 35. Disponível em: http://www.theposthole.org/sites/theposthole.org/files/downloads/posthole_35_253.pdf.

Scott, G.R. 2012. Dental Anthropology in *Encyclopedia of Global Archaeology*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Silva, A. M. 1993. *Os restos humanos da gruta artificial de São Pedro do Estoril II. Estudo antropológico*. Relatório de Investigação em Ciências Humanas. Departamento de Antropologia da Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade de Coimbra.

Silveira, L. 2002. Os dados pessoais e os arquivos. *Cadernos BAD 1*. Disponível em: <http://www.bad.pt/publicacoes/index.php/cadernos/article/view/876/875>.

Smith, B. H. 1984. Patterns of molar wear in hunter-gatherers and agriculturalists. *American Journal of Physical Anthropology*, 63:39-56. DOI: 10.1002/ajpa.1330630107.

Sousa, F. 1995. A população portuguesa em finais do século XVIII. *População e Sociedade*, 1:41-55. Porto Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20145/2/revpopsoc11995fsousa000084481.pdf>.

Stodder, A.L.W. 2008. Taphonomy and the Nature of Archaeological Assemblages. In: Katzenberg, M.A.; Saunders, S.R. (eds.) *Biological Anthropology of the Human Skeleton*. New Jersey: Wiley-Liss, John Wiley & Sons, Inc.: 71- 114.

U

Ubelaker, D. H. 1989. *Human skeletal remains: excavation, analysis, interpretation*. Washington, Taraxacum.

V

Valinoti, J.R. 1958. The Congenitally absent premolar problem. *The Angle Orthodontist*, 28, No. 1: 36-46. Disponível em: [http://www.angle.org/doi/pdf/10.1043/0003-3219\(1958\)028%3C0036%3ATCAPP%3E2.0.CO%3B2?code=angf-site](http://www.angle.org/doi/pdf/10.1043/0003-3219(1958)028%3C0036%3ATCAPP%3E2.0.CO%3B2?code=angf-site).

Villotte, S.; Knusel, C.J. 2012. Understanding Enteseal Changes: Definition and Life Course Changes. *International Journal of Osteoarchaeology*, 23: 135–146. DOI: 10.1002/oa.2289.

W

Waldron, T. 2009. *Palaeopathology*. Cambridge: Cambridge University Press.

Walker, P.L; Bathurst, R.R.; Richman, R.; Gjerdrum, T.; Andrushko, Valerie A. 2009. The Causes of Porotic Hyperostosis and Cribra Orbitalia: A Reappraisal of the Iron-Deficiency-Anemia Hypothesis. *American Journal of Physical Anthropology*, 139:109–125. DOI: 10.1002/ajpa.21031.

Walrath, D.; Turner, P; Bruzek, J. 2004. Reliability test of the visual assessment of cranial traits for sex determination. *American Journal of Physical Anthropology*, 128: 132-137. DOI: 10.1002/ajpa.10373.

Wapler, Ulrike; Crubézy, Eric; Schultz, Michael. 2004. Is Cribra Orbitalia Synonymous With Anemia? Analysis and Interpretation of Cranial Pathology in Sudan. *American Journal of Physical Anthropology*, 123:333–339. DOI: 10.1002/ajpa.10321.

Wasterlain, R. S. N. 2000. *Morphé. Análise das proporções entre os membros, dimorfismo sexual e estatura de uma amostra da coleção de esqueletos identificados do Museu Antropológico da Universidade de Coimbra*. Dissertação de Mestrado em Evolução Humana, Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade de Coimbra.

Wasterlain, S.; Cunha, E. 2000. Comparative performance of femur and humerus epiphysis for sex diagnoses. *Biométrie Humaine et Anthropologie*, 18: 9-13.

Wasterlain, SN. 2006. *'Males' da boca: estudo da patologia oral numa amostra das coleções osteológicas identificadas do Museu Antropológico da Universidade de Coimbra (finais do séc. XIX inícios do séc. XX)*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade de Coimbra em Antropologia.

White, T.; Folkens, P. 2005. *The human bone manual*. Amsterdam: Elsevier.

Sites

Registos de Óbito da Freguesia de São Salvador, Ílhavo- <http://tombo.pt/f/ilh04#3>.

Registos de Óbito da Freguesia de São Salvador, Ílhavo (1751-1813)- <http://digitarq.adavr.arquivos.pt/viewer?id=1186499>.

Registos de Óbito da Freguesia de São Salvador, Ílhavo (1813-1850)- <http://digitarq.adavr.arquivos.pt/viewer?id=1186500>.

Anexos

Anexo 1: Causas de morte apontadas nos registos de óbito distribuídas pelo número de indivíduos afetados do sexo masculino e feminino, idade média, mínima e máxima.

Causas de morte	N	(%)	Masculino						Feminino					
			N1	(%)	Idade Média	Intervalo Etário		S/ idade	N2	(%)	Idade Média	Intervalo Etário		S/ idade
						Min.	Max.					Min.	Max.	
<i>Cólera</i>	166	26,9%	68	41%	52	9	80	-	98	59%	48	10	78	-
<i>Malina/Malária</i>	98	15,9%	42	43%	48	8	80	1	56	57%	44	4	90	1
<i>Catarral</i>	62	10,0%	30	48%	57	10	86	1	32	52%	47	9	87	-
<i>Derrepente</i>	40	6,5%	19	48%	52	8	76	4	21	53%	45	8	104	6
<i>Febre</i>	39	6,3%	16	41%	55	8	90	-	23	59%	55	12	80	1
<i>Afogado</i>	34	5,5%	33	97%	30	10	74	13	1	3%	19	19	19	-
<i>Entrevação</i>	29	4,7%	13	45%	69	29	90	2	16	55%	71	45	100	-
<i>Hética</i>	23	3,7%	9	39%	39	14	53	1	14	61%	34	14	60	1
<i>De doença</i>	12	1,9%	6	50%	58	19	75	-	6	50%	49	19	70	1
<i>Hidropisia</i>	12	1,9%	5	42%	62	48	85	-	7	58%	55	39	80	-
<i>Gangrena</i>	10	1,6%	6	60%	53	7	80	1	4	40%	72	55	90	-
<i>Febre Catarral</i>	10	1,6%	5	50%	67	48	80	-	5	50%	60	40	80	-
<i>Perniciosa</i>	8	1,3%	5	63%	56	35	86	-	3	38%	37	23	60	-
<i>Inchação</i>	7	1,1%	2	29%	36	26	46	-	5	71%	52	30	62	-
<i>Parto</i>	7	1,1%	-	-	-	-	-	-	7	100%	30	20	35	-
<i>Constipação</i>	6	1,0%	5	83%	61	40	82	-	1	17%	25	25	25	-
<i>Diarreia</i>	6	1,0%	2	33%	64	47	80	-	4	67%	52	18	80	-

<i>Velhice</i>	6	1,0%	4	67%	84	78	90	-	2	33%	89	82	95	-
<i>Queixa do peito</i>	5	0,8%	1	20%	40	40	40	-	4	80%	35	19	56	1
<i>Frenesi</i>	3	0,5%	2	67%	40	34	45	-	1	33%	24	24	24	-
<i>Debilidade</i>	3	0,5%	-	-	-	-	-	-	3	100%	57	44	65	-
<i>Privada da fala</i>	3	0,5%	2	67%	31	21	40	-	1	33%	12	12	12	-
<i>Com uma dor</i>	2	0,3%	1	50%	46	46	46	-	1	50%	38	38	38	-
<i>Pleura</i>	2	0,3%	2	100%	45	39	50	-	-	-	-	-	-	-
<i>Mentecapto(a)</i>	2	0,3%	-	-	-	-	-	-	2	100%	33	24	42	-
<i>Asma</i>	2	0,3%	1	50%	60	60	60	-	1	50%	23	23	23	-
<i>Estupor</i>	2	0,3%	-	-	-	-	-	-	2	100%	69	60	77	-
<i>Reumatismo</i>	1	0,2%	-	-	-	-	-	-	1	100%	50	50	50	-
<i>Debaixo de um carro</i>	1	0,2%	1	100%	64	64	64	-	-	-	-	-	-	-
<i>Cancro</i>	1	0,2%	-	-	-	-	-	-	1	100%	65	65	65	-
<i>Gota</i>	1	0,2%	1	100%	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
<i>Moléstia crónica</i>	1	0,2%	-	-	-	-	-	-	1	100%	-	-	-	1
<i>De vómitos</i>	1	0,2%	-	-	-	-	-	-	1	100%	-	-	-	1
<i>Cólicas</i>	1	0,2%	1	100%	20	20	20	-	-	-	-	-	-	-
<i>Parótidas</i>	1	0,2%	-	-	-	-	-	-	1	100%	70	70	70	-
<i>Escarlatina</i>	1	0,2%	-	-	-	-	-	-	1	100%	70	70	70	-
<i>Facada</i>	1	0,2%	1	100%	35	35	35	-	-	-	-	-	-	-
Total	609		283					24	326					13

Abreviaturas: N- número de indivíduos por causa de morte; N1- número de indivíduos do sexo masculino afetados; N2- número de indivíduos do sexo feminino afetados.

