

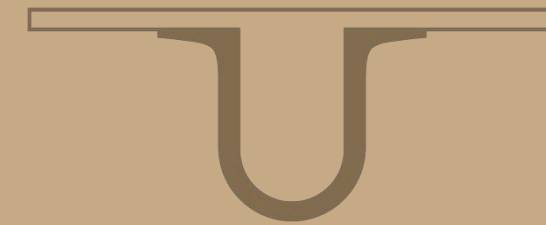
Inês Lisboa

VIDA E MORTE DAS CLARISSAS DO CONVENTO DE JESUS DE SETÚBAL  
ANÁLISE DE UMA SÉRIE OSTEOLOGICA PÓS-MEDIEVAL

UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA



UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA



Inês Lisboa

VIDA E MORTE DAS CLARISSAS DO CONVENTO DE  
JESUS DE SETÚBAL  
ANÁLISE DE UMA SÉRIE OSTEOLOGICA PÓS-MEDIEVAL

Dissertação no âmbito do Mestrado em Evolução e Biologia Humanas orientada pela Professora Doutora Ana Luísa Santos e pela Professora Doutora Nathalie Antunes-Ferreira e apresentada ao Departamento de Ciências da Vida da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra.

Agosto de 2018



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA



Inês Lisboa

Vida e morte das clarissas do Convento de  
Jesus de Setúbal  
Análise de uma série osteológica Pós-Medieval

Dissertação apresentada à Universidade de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Evolução e Biologia Humanas, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Ana Luísa Santos (Universidade de Coimbra) e da Professora Doutora Nathalie Antunes-Ferreira (Instituto Universitário Egas Moniz).

Agosto 2018



# Sumário

Índice de figuras.....	v
Índice de tabelas.....	vii
Lista de abreviaturas .....	ix
Agradecimentos .....	xi
Resumo/Palavras-chave .....	xiii
Abstract/Keywords .....	xv
1. Introdução .....	1
1.1. O Convento de Jesus de Setúbal .....	1
1.2. Escavações arqueológicas.....	7
1.3. Objetivos.....	10
2. Material e Métodos .....	11
2.1. Vestígios osteológicos .....	11
2.2. Pesquisa histórica.....	17
3. Resultados e Discussão.....	21
3.1. Antropologia Funerária.....	21
3.2. Paleodemografia .....	36
3.3. Morfologia .....	40
3.4. Paleopatologia.....	46
4. Conclusão.....	77
5. Bibliografia .....	79
Apêndices	
A 1 – Número mínimo de indivíduos, por osso, dos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal. ....	89
A 2 – Resultados obtidos para os indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal relativamente à diagnose sexual aplicando métodos métricos.....	90

A 3 – Resultados obtidos para os indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal relativamente ao cálculo da estatura. ....	91
A 4 – Resultados obtidos para os ossos dos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal relativamente ao cálculo da estatura. .	92
A 5 – Índices de robustez e achatamento dos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.....	93
A 6 – Índices de robustez e achatamento dos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.....	94
A 7 – Desgaste dentário, por tipo de dente, nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.....	95
A 8 – Desgaste dentário, por tipo de dente, nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.....	96
A 9 – Doença periodontal nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.....	97
A 10 – Doença periodontal nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.....	98
A 11 – Doença periodontal nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.....	99

## Índice de figuras

Figura 1 – Retrato de Justa Rodrigues Pereira .....	2
Figura 2 – Fotografia da zona claustal do Convento de Jesus de Setúbal.....	3
Figura 3 – Desenho da fachada da Igreja do Convento de Jesus de Setúbal e entrada para o Museu de Setúbal .....	7
Figura 4 – Planta do Convento de Jesus de Setúbal com a localização das áreas intervencionadas .....	9
Figura 5 – Sepultura de Justa Rodrigues Pereira (Sala do Capítulo).....	10
Figura 6 – Ala nascente do claustro intervencionada em 2015 .....	10
Figura 7 – Fotografia de João Carlos de Almeida Carvalho .....	19
Figura 8 – Planta com implantação das lajes na ala nascente do claustro do Convento de Jesus de Setúbal.....	22
Figura 9 – Planta e fotografia das sepulturas da área 2 e parte das sepulturas da área 3 da ala nascente do claustro do Convento de Jesus de Setúbal.....	24
Figura 10 – Indivíduo 2015.1 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal com corpo coberto por cal .....	28
Figura 11 – Distribuição das sepulturas nas alas sul e nascente do claustro do Convento de Jesus de Setúbal .....	29
Figura 12 – Indivíduo 2015.6 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal em posição atípica .....	31
Figura 13 – Espólio votivo nas inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal. ....	32
Figura 14 – Espólio votivo no indivíduo 2015.5 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal. ....	32
Figura 15 – Alterações de natureza tafonómica nos crânios dos indivíduos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal .....	33
Figura 16 – Fragmentos de ferro aderentes ao crânio do indivíduo 2015.5 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal .....	33
Figura 17 – Vértébras dos indivíduos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.....	34
Figura 18 – Sepultura da Sala do Capítulo do Convento de Jesus de Setúbal com a caixa metálica recolhida.....	34
Figura 19 – Ossos removidos da caixa metálica presente na sepultura da Sala do Capítulo do Convento de Jesus de Setúbal.....	34
Figura 20 – Conteúdo da sepultura atribuída à fundadora (fora da caixa metálica) do Convento de Jesus de Setúbal.....	37
Figura 21 – Diagnose sexual dos indivíduos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal .....	37
Figura 22 – Proporção de indivíduos adultos jovens e adultos maduros/idosos nas inumações primárias e reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal .....	38
Figura 23 – Maxilares do indivíduo 2006.1 com dentes ainda a erupcionar.....	46

Figura 24 – Motivos que levaram à ausência de dentes nos maxilares dos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal .....	47
Figura 25 – Número de dentes presentes e perdidos <i>ante mortem</i> nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal .....	48
Figura 26 – Perda <i>ante mortem</i> de dentes total no indivíduo 2015.6 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal .....	48
Figura 27 – Motivos que levaram à ausência de dentes nos maxilares dos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal .....	49
Figura 28 – Número de dentes perdidos <i>ante mortem</i> nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal .....	49
Figura 29 – Número de cáries por indivíduo nas inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.....	50
Figura 30 – Número de cáries para ambos os maxilares dos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal .....	51
Figura 31 – Desgaste médio nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.....	54
Figura 32 – Osteoartrose nas superfícies articulares do joelho esquerdo do indivíduo 2015.13 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.....	60
Figura 33 – Osteoartrose nas superfícies articulares do joelho direito do indivíduo 2015.10 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal .....	60
Figura 34 – Fusão entre os lunato e triquetral direitos do indivíduo 2015.13 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal .....	63
Figura 35 – Fusão bilateral entre os talus e calcâneo no indivíduo 2015.5 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal .....	64
Figura 36 – Deposição de osso novo na face visceral das costelas dos indivíduos adultos de sexo feminino das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.....	66
Figura 37 – Costela esquerda do indivíduo 2015.6 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal, com formação de calo ósseo .....	67
Figura 38 – Imagem radiológica da costela esquerda do indivíduo 2015.6 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal .....	67
Figura 39 – Crânio do indivíduo 2015.13 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.....	68
Figura 40 – Crânio do indivíduo 2015.1 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal com hiperostose porótica .....	69
Figura 41 – Fratura na 11ª vértebra torácica do indivíduo 2015.7 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal .....	72
Figura 42 – Vértebras torácicas do indivíduo 2015.2 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.....	73
Figura 43 – TAC da 5ª a 8ª vértebras torácicas do indivíduo 2015.2 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal. ....	74
Figura 44 – Fotografias e imagens radiológicas do 4º metatársico esquerdo do indivíduo 2015.6 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.....	75

## Índice de tabelas

Tabela 1 – Vestígios osteológicos provenientes das campanhas de escavações realizadas no Convento de Jesus de Setúbal em 2006 e 2015.....	11
Tabela 2 – Métodos métricos e medidas aplicadas à série osteológica do Convento de Jesus de Setúbal para a diagnose sexual.....	13
Tabela 3 – Caracteres discretos do esqueleto craniano selecionados.....	14
Tabela 4 – Caracteres discretos do esqueleto pós-craniano selecionados.....	14
Tabela 5 – Localização das alterações de entese analisadas no esqueleto apendicular..	16
Tabela 6 – Distribuição, por classe de conservação, dos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal .....	25
Tabela 7 – Conservação dos ossos dos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.....	26
Tabela 8 – Relação entre a conservação óssea e o grau de preservação nos ossos dos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal .....	27
Tabela 9 – Dados funerários obtidos durante a escavação acerca das inumações primárias nas alas claustrais do Convento de Jesus de Setúbal.....	27
Tabela 10 – Conteúdo da caixa metálica recolhida na sepultura atribuída a Justa Rodrigues Pereira, no Convento de Jesus de Setúbal.....	34
Tabela 11 – Conteúdo da sepultura atribuída à fundadora (fora da caixa metálica) do Convento de Jesus de Setúbal.....	36
Tabela 12 – Idade à morte das clarissas do Convento de Jesus de Setúbal registadas na Crónica Conventual de Ana do Amor Divino .....	39
Tabela 13 – Idade dos indivíduos não adultos identificados nas séries osteológicas analisadas por Cardoso (1996) e Lopes (2001) .....	40
Tabela 14 – Estatura média, mínima e máxima dos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal .....	40
Tabela 15 – Estatura média, mínima e máxima dos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal. ....	41
Tabela 16 – Estatura média, mínima e máxima dos indivíduos adultos da série osteológica de Santa Clara-a-Velha e do presente estudo .....	41
Tabela 17 – Índices de robustez e achatamento médios, mínimos e máximos nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.....	42
Tabela 18 – Índices de robustez e achatamento médios, mínimos e máximos nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal. ....	42
Tabela 19 – Frequência dos caracteres discretos cranianos nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal. ....	43
Tabela 20 – Frequência dos caracteres discretos pós-cranianos nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal. ....	44
Tabela 21 – Frequência dos caracteres discretos cranianos nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal. ....	44
Tabela 22 – Frequência dos caracteres discretos pós-cranianos nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.....	45



Tabela 23 – Frequência de cárie nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.....	51
Tabela 24 – Frequência de tártaro nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.....	53
Tabela 25 – Frequência de tártaro nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.....	53
Tabela 26 – Frequência de desgaste dentário nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal. ....	54
Tabela 27 – Frequência de desgaste dentário nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.....	55
Tabela 28 – Frequência de hipoplasias lineares do esmalte dentário nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal. ....	56
Tabela 29 – Frequência de hipoplasias lineares do esmalte dentário nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal. ....	56
Tabela 30 – Doença periodontal nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.....	57
Tabela 31 – Doença periodontal nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.....	58
Tabela 32 – Frequência de osteoartrose nas articulações dos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal. ....	60
Tabela 33 – Frequência de osteoartrose nas áreas articulares dos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal. ....	61
Tabela 34 – Frequência de alterações de entese nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal. ....	64
Tabela 35 – Frequência de alterações de entese nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal. ....	65
Tabela 36 – Descrição das deposições de osso novo nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal. ....	66
Tabela 37 – Descrição dos osteomas nos crânios dos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal. ....	68
Tabela 38 – Frequência de osteoartrose interapofisária e de doença degenerativa do disco intervertebral nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.....	70
Tabela 39 – Frequência de osteoartrose na apófise odontóide e respetiva faceta articular nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal. ....	70
Tabela 40 – Frequência de osteoartrose interapofisária e de doença degenerativa do disco intervertebral nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal. ....	71
Tabela 41 – Frequência de osteoartrose na apófise odontóide e respetiva faceta articular nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.....	71

## **Lista de abreviaturas**

C – Canino

I1 – Incisivo central

I2 – Incisivo lateral

ICA – Índice de Conservação Anatômica

M1 – Primeiro molar

M2 – Segundo molar

M3 – Terceiro molar

NMI – Número mínimo de indivíduos

P1 – Primeiro pré-molar

P2 – Segundo pré-molar

TAC – Tomografia Axial Computorizada



## **Agradecimentos**

Às minhas orientadoras Professora Doutora Ana Luísa Santos e Professora Doutora Nathalie Antunes-Ferreira pela sua orientação, disponibilidade, críticas e apoio ao longo deste ano.

Ao Instituto Universitário Egas Moniz, por ter permitido a realização do estudo nas suas instalações.

À Dra. Maria João Cândido e sua equipa, pelo acesso ao acervo histórico do Museu de Setúbal e por toda a ajuda na pesquisa bibliográfica e contínua disponibilidade e simpatia no esclarecimento de dúvidas.

À Imagens Médicas Integradas (IMI-art) nas pessoas de Dr. Carlos Prates, Dra. Sandra Sousa e Dr. Carlos Oliveira, assim como aos técnicos de diagnóstico Rita Vidigal, Carina Gomes e Pedro Loja, pela realização dos exames radiológicos dos casos patológicos identificados.

À Professora Doutora Sandra Assis, pela disponibilidade e ajuda na compreensão do Método de Coimbra.

À Ana Rita Alves, pela contínua ajuda e interesse na marcação e identificação dos ossos das reduções.

À Tânia Arraiolos, por todo o apoio, amizade e companheirismo que tivemos ao longo deste ano.

Aos meus amigos, pelo interesse, incentivo e apoio que sempre demonstraram.

Por fim, um obrigado especial aos meus pais e ao meu irmão por toda a paciência, carinho, interesse e apoio, sem os quais este trabalho não seria possível!



## Resumo

O Convento de Jesus de Setúbal foi fundado por Justa Rodrigues Pereira em 1490 durante o reinado de D. João II. Pertence à ordem de Santa Clara, tendo sido habitado por freiras de 1496 a 1878. O convento foi alvo de várias intervenções arqueológicas, sendo que as de 2006 e 2015 resultaram na recuperação de vários vestígios osteológicos os quais foram analisados para esta dissertação. O estudo desta série tem como objetivos efetuar a caracterização paleodemográfica, morfológica e paleopatológica dos indivíduos em estudo e ainda caracterizar as suas práticas funerárias recorrendo às informações presentes em documentação histórica, como crónicas conventuais (escritas por freiras que habitaram o convento) ou ainda manuscritos do arquivo pessoal de Almeida Carvalho em conjugação com os relatórios de escavação. Os remanescentes osteológicos em estudo caracterizam-se por inumações primárias e reduções ósseas. Foi efetuada a análise paleodemográfica estimando-se o sexo e a idade à morte dos indivíduos; a análise morfológica em que foi efetuada a estimativa da estatura, o cálculo de índices de achatamento e robustez do fémur e tíbia e assinalada a presença/ausência de caracteres discretos; e por fim executou-se o estudo paleopatológico. O número mínimo de indivíduos é de 47, sendo 30 do sexo feminino e 17 de sexo indeterminado. Todos se encontram incluídos na categoria de adultos maduros/idosos exceto um (adulto jovem de 21-23 anos). As patologias predominantes são a oral (perda de dentes *ante mortem* e cáries) e a articular. Atendendo às informações dos relatórios e das crónicas conventuais, foi possível conjeturar a identidade de três clarissas.

**Palavras-chave:** Perfil Biológico; Antropologia Funerária; Paleopatologia; Séculos XV a XIX; Ordem de Santa Clara



## Abstract

The Convent of Jesus in Setúbal was founded by Justa Rodrigues Pereira in 1490 during D. João II's reign. It belongs to the Saint Clare order and was inhabited by nuns between 1496 and 1878. Various archaeological excavations were performed at the convent, being that the ones of 2006 and 2015 resulted in the recovery of several osteological remains which were analyzed for this dissertation. The aims for the study of this series are to perform the paleodemographic, morphologic and paleopathological characterization of the individuals as well as characterizing their funerary practices resorting to the information available in historic documents, like the monastic chronics (written by nuns that resided in the convent) and the manuscripts from the arquivo pessoal de Almeida Carvalho in assembly with the ones from the excavation reports. The skeletal remains being studied are from primary inhumations and reductions of the corpse. The paleodemographic analysis was accomplished by performing the sexual diagnosis and the estimation of age at death; the morphological analysis was carried out by estimating stature, calculating the indexes defined for the femur and tibia and recording the presence/absence of nonmetric traits; lastly, a paleopathological examination was conducted. The minimal number of individuals obtained was 47, being that 30 are female and 17 are of undetermined sex. All the individuals belong to the category of middle/old adults except one (young adult between 21 and 23 years old). The most observed pathologies were the dental disease (mostly *ante mortem* tooth loss and caries) and joint disease (osteoarthritis). Combining the information present on the reports and the monastic chronics, it was possible to suspect the identity of three nuns.

**Keywords:** Biological Profile; Funerary Anthropology; Paleopathology; 15<sup>th</sup> to 19<sup>th</sup> centuries; Order of Saint Clare





## **1. Introdução**

O estudo dos esqueletos humanos e do contexto em que se encontram inseridos permite conhecer as populações do passado, possibilitando obter informações acerca do comportamento humano, da sua saúde e qualidade de vida (Larsen, 2006).

Para conseguir compreender a biologia do esqueleto associada ao contexto cultural, é necessário realizar a análise do mesmo através de uma abordagem interdisciplinar, englobando as áreas de arqueologia, antropologia biológica, história, antropologia social, entre outras (Buzon, 2012).

O estudo das populações pretéritas é realizado através de duas vertentes: o mundo dos vivos e o mundo dos mortos: o primeiro consegue-se a partir da análise paleodemográfica, morfológica e paleopatológica dos indivíduos, enquanto o segundo faz parte da antropologia funerária (Crubézy, 1992; Larsen e Walker, 2010).

Somente com a investigação dos vestígios osteológicos, o contexto funerário em que se encontram e os registos históricos disponíveis se pode conseguir uma perspetiva global acerca da vida e morte de determinado conjunto de indivíduos e assim conhecer a sua biologia e cultura.

Nesta dissertação serão analisados os remanescentes osteológicos provenientes do Convento de Jesus de Setúbal, resultantes das escavações arqueológicas de 2006 e 2015. A análise desenvolvida por este trabalho tem a particularidade de incidir sobre documentação histórica, mais especificamente duas crónicas conventuais escritas por duas clarissas que habitaram o convento em períodos distintos para além do estudo dos vestígios osteológicos encontrados. Isto permite obter um panorama mais extensivo e pormenorizado do que se passava dentro da clausura, uma vez que estes documentos são uma fonte importante de informação. É então importante contextualizar a série osteológica em estudo no espaço e no tempo.

### **1.1. O Convento de Jesus de Setúbal**

O Convento de Jesus está localizado no centro histórico da cidade de Setúbal e foi fundado por Justa Rodrigues Pereira em 1490 (Pereira, 1990).

Justa Rodrigues Pereira (Figura 1) nasceu por 1449/1450 (Amor Divino, 1796-1803). Teve dois filhos do Bispo da Guarda, D. Frei João Manuel (filho do Rei D. Duarte): D. João Manuel e D. Nuno Manuel, ambos legitimados por D. Afonso V em 1475 (Carvalho, 1840-1897b). A fundadora era cortesã e ama do infante D. Manuel,

tendo os seus filhos crescido em convívio com o primeiro (Gomes, 2009). Entrou para o Convento de Jesus por 1508, tomando o nome de Justa de Jesus, vindo a falecer por 1518/1519, de onde se conclui que teria entre 68 e 70 anos (Amor Divino, 1796-1803).



**Figura 1** – Retrato de Justa Rodrigues Pereira, fundadora do Convento de Jesus de Setúbal. (Pereira, 1990: 87)

O Rei D. João II foi o primeiro padroeiro<sup>1</sup> do convento, sendo este primo de D. Manuel, de quem a fundadora foi ama (São João, 1630). Foi por este motivo que Justa conseguiu obter os apoios necessários para a construção de uma igreja e convento desta envergadura, para além de outros apoios que possuía na corte (Pereira, 1990). Inicialmente concebido para treze clarissas, o Convento de Jesus acaba por ser construído com dimensões suficientes para receber trinta e três (número de anos que Jesus Cristo viveu), uma vez que D. João II, depois de ver abertos os alicerces, achou a igreja pequena e mandou que se aumentasse o tamanho da mesma assim como do convento (São João, 1630).

A obra ficou a cargo do arquiteto Diogo Boitaca (São João, 1630). O convento possui ainda um claustro (Figura 2), o qual permitia passeio e comunicação ao ar livre dentro da clausura (Carvalho, 1969). Após a morte do monarca D. João II, os trabalhos foram suspensos mas a interrupção foi curta uma vez que D. Manuel I se disponibilizou a ajudar, o que permitiu o prosseguimento dos mesmos (Carvalho, 1969). Foi a fundadora do convento que decidiu que este seria da ordem de Santa Clara e a entrada das primeiras freiras ocorreu em Junho de 1496 (São João, 1630). A fundadora não se encontrava entre as primeiras habitantes, uma vez que em 1499 esta se deslocava até Castela para acompanhar o seu filho D. João Manuel, sendo indicado pela clarissa Ana

---

<sup>1</sup> Termo utilizado pelas cronistas São João (1630) e Amor Divino (1796-1803) nas suas crónicas.

do Amor Divino (1796-1803), uma das autoras das memórias do convento, que o ano mais plausível da sua entrada ser o de 1508. Isto porque a mesma autora afirma ainda que por 1505 andava Justa pela corte, ano em que pediu ao novo Papa Júlio II (sucessor de Alexandre VI), um Breve Confirmatório a favor do Convento de Jesus, em cujo documento se encontra a data de 1505.



**Figura 2** – Fotografia da zona claustal do Convento de Jesus de Setúbal.  
(Pereira, 1990: 36)

O Convento de Jesus foi habitado entre os séculos XV e XIX, sendo que a sua história pode ser dividida em quatro períodos, os quais foram descritos por Amor Divino (1796-1803) e se encontram também sintetizados no trabalho de Carvalho (1969):

- o primeiro, desde a sua fundação até 1644, em que a rigidez e a integridade da observância foram mantidas, sendo cumpridas todas as regras e exercícios religiosos e mantendo-se a vida de humildade e silêncio;

- o segundo, a partir de 1644, foi caracterizado pelo relaxamento dos costumes: o convento atravessava um período de dificuldades monetárias (devido à cessação de esmolas por parte da corte, durante o período de Guerra da Restauração) mas a admissão de noviças não cessou, sendo-lhes agora exigido que pagassem propinas e trouxessem consigo o seu próprio enxoval (em vez de lhe ser concedido pelo convento no momento da sua entrada), o que originou desigualdades económicas entre as freiras. Para além disso, foi ainda nesta altura que se iniciou a confeção de doçaria dentro do convento, o que causou ainda mais o abandono das práticas religiosas. Com o fim da guerra, foram restabelecidos os pagamentos ao convento pela corte, mas uma vez pagas as dívidas a maioria das freiras ficaram com o dinheiro que restou (tendo as abadesas

recebido mais do que as restantes freiras) inserindo-se assim injustiças e ainda mais desigualdades entre elas;

- o terceiro período, desde 1691, foi caracterizado pela existência de dois tipos de freiras: as relaxadas e as observantes. O padre geral João Alvim foi informado do estado em que se encontrava a vida no convento e, sendo ele um seguidor da observância, fez uma visita ao Convento de Jesus em Janeiro de 1691, tendo as freiras mostrado arrependimento e prometido melhoria de comportamento. No entanto, após a partida do padre, muitas freiras recusaram-se a voltar a cumprir as regras, perpetuando a prática da relaxação;

- é em 1744 que se inicia o quarto período, descrito pela cronista: “ [...] *anno de 1744 [...] bastarão 14 votos com o do Padre delegado para sair eleita a Madre Sor. Euphrasia Jacinta de Santa Rosa, que zelou a observância comum. [...] Com este duro golpe da mão de Deos [...] cahio por terra o partido das relaxações [...]*” (Tomo I, fl 125v e 126). Foi caracterizado pelo retorno à observância e pelo seguimento das regras da vida na clausura, até à extinção do convento.

Previamente à admissão de qualquer noviça era realizada uma inquirição acerca da sua vida, dos seus hábitos e da sua saúde seguida da realização de uma votação pelas freiras que habitavam no convento (Carvalho, 1840-1897c). Uma vez aceite, era realizada uma pequena cerimónia, na qual a candidata se confessava, era-lhe dado o hábito e no dia seguinte começava a receber ensinamentos acerca da vida no convento como tarefas a realizar, participação em cerimónias e das orações que devia rezar, frequentando a escola durante dois anos (Carvalho, 1840-1897c; São João, 1630). Todos os dias no refeitório, durante os anos de escola, as noviças e professoras confessavam as suas culpas e pediam perdão, estando no chão de joelhos e com as mãos erguidas (São João, 1630). Os castigos aplicados no refeitório eram diversos, passando por a noviça ter de se deitar à entrada, no chão, até que todas as freiras lhe passassem por cima, ou ainda ter de comer no chão, alimentando-se apenas de pão e água (Carvalho, 1840-1897d).

O dia-a-dia das freiras era guiado pelo objetivo da consagração a Deus através da oração, pelo trabalho manual adaptado ao ambiente de clausura em que viviam e pelos cuidados com a salvação da alma, os quais afetavam muitas vezes a saúde física devido aos sacrifícios e privações a que se sujeitavam em nome da limpeza do pecado (Gomes, 2009). Para além da prática dos exercícios religiosos obrigatórios, os quais já eram frequentes e um tanto brutais, algumas freiras ainda realizavam orações e

penitências adicionais, o que levava a que adoecessem gravemente ou ficassem bastante enfraquecidas (Carvalho, 1969). Ainda de acordo com o mesmo autor, este quotidiano era ainda mais duro para as raparigas de estatura menos robusta e idade muito jovem, uma vez que era permitida e usual a entrada de jovens a partir dos 9 anos (Carvalho, 1969). No entanto, nem todas as freiras entravam para a clausura em jovens tal como foi o caso, entre outros, da fundadora do convento, a qual entrou por volta dos 58/59 anos já com dois filhos e da Soror Paula de Belém que tomou o hábito com 62 anos (Amor Divino, 1796-1803).

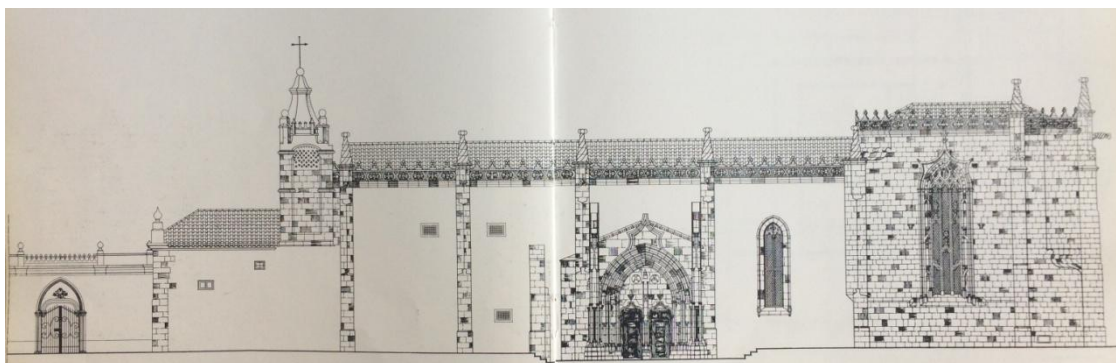
Desde a fundação do convento que a grande maioria das freiras que lá viviam alcançavam uma vida longa e geralmente de boa saúde (Carvalho, 1840-1897a). De salientar que as enfermidades mais comuns eram causadas pelo excesso de oração aliado aos jejuns que as religiosas praticavam, outras devido à idade já avançada sendo ainda referido por Carvalho (1840-1897e) que apenas duas faleceram de peste (em 1833). São João (1630) e Amor Divino (1796-1803) revelam ainda nos seus registos acerca dos óbitos das freiras várias causas de morte como tísica, hética e pleuriz (doenças respiratórias). Ana do Amor Divino (1796-1803) denota o impacto negativo da presença de sepulturas no interior da igreja do convento na saúde das religiosas. Várias famílias da Nobreza possuíam o direito de sepultura na igreja do convento enquanto as freiras eram sepultadas no claustro o que, durante os períodos de grandes chuvas, levava a que as sepulturas ficassem alagadas emitindo vapores e cheiros característicos da decomposição, sendo nocivos para a saúde das habitantes do convento (Carvalho, 1969). Estes cheiros eram tão desagradáveis e intensos que por várias vezes os padres não ousavam celebrar as missas e exercer outras tarefas religiosas sem que antes se queimasse na igreja raminhos de alecrim (Amor Divino, 1796-1803; Carvalho, 1969).

Amor Divino (1796-1803) relata duas lendas tradicionais do Convento de Jesus, as quais iam sendo passadas das freiras mais antigas para as mais novas. A primeira conta que, por 1653-1655, na sepultura número 51 localizada na igreja do convento, tinha sido sepultado um homem de uma família distinta e que, nessa noite, enquanto algumas religiosas se encontravam no coro em oração, ouviram um estrondo seguido de ruídos que se assemelhavam a correntes de ferro que se arrastavam pelas lajes das sepulturas, acompanhados por rancos assustadores. As religiosas, apavoradas, informaram o padre da igreja do convento do acontecimento. Nas noites seguintes, repetiu-se o sucedido até que, numa das noites, o padre, acompanhado por outros sacerdotes e donatos, aguardavam na igreja do convento para de uma vez por todas

resolver a situação. Quando os ruídos se repetiram, o padre e restantes acompanhantes aproximaram-se da dita sepultura, viram a laje levantada e no meio da sepultura encontrava-se o defunto de pé. Inquirido pelo padre acerca do motivo daquela ocorrência, o falecido respondeu que ainda possuía na sua boca a hóstia que comungara e que era a disposição de Deus que eles a recebessem. O cadáver inclinou-se para a frente, caiu da sua boca o pão consagrado e, no mesmo momento, caiu o defunto na sepultura e sobre ele a laje com um grande estrondo. O outro caso distinto ocorreu por 1740. Amor Divino (1796-1803) relata este acontecimento, contando que a sepultura número 5 foi aberta para enterrar um defunto mas que, chegada a hora de levar o cadáver até à igreja, este desapareceu. A família, aflita pela ocorrência, fez um vulto de palha, o qual amortalharam e de noite enterraram na referida sepultura. Diz-se que, posteriormente, várias vezes a sepultura foi aberta e imediatamente se voltava a fechar devido ao horrível odor que emanava do vulto, o qual os coveiros diziam assemelhar-se a um ogre. E assim, ficou esta sepultura conhecida como a sepultura do ogre.

Em 1755 foram causados danos estruturais no convento com a ocorrência do terramoto, sendo necessário efetuar obras de consolidação e restauro no seu interior (Pereira, 1990). Relata Amor Divino (1796-1803), que as clarissas sofreram bastante com inundações durante a época de chuvas, o que levava a que se deslocassem na clausura metidas na água com 3 e 4 palmos de profundidade, o que certamente afetava a sua saúde. Refere a mesma autora que estas foram causadas por alterações e construções realizadas junto do convento, nomeadamente de um baluarte e ainda devido a aluviões. Para superar este grave problema, em 1772 as religiosas subiram o pavimento do claustro (aproximadamente 60-80cm), onde se localizavam as sepulturas, tendo sido retiradas as lajes das antigas sepulturas e posteriormente ladrilhado todo o local, exceto o vão das novas sepulturas – 15 sepulturas; este acontecimento permite estabelecer a cronologia do início da utilização das novas sepulturas: o ano de 1772 (Amor Divino, 1793-1803). Com a realização destas obras, perdeu-se assim a localização das sepulturas antigas. A 3 de Setembro de 1867 passou a ser proibido o enterramento das freiras dentro do convento passando a fazer-se no cemitério municipal (Carvalho, 1969). A única freira residente no convento que faleceu em data posterior a esta proibição, Soror Maria Joaquina do Coração de Jesus, pereceu em 1878 tendo sido sepultada no Cemitério de Nossa Senhora da Piedade (Carvalho, 1840-1897a). Em suma, o período de utilização das sepulturas localizadas na ala nascente do claustro ocorreu entre 1772 e 1867. Uma vez que as sepulturas identificadas na ala sul do claustro, na escavação

arqueológica de 2006, são anteriores à subida do pavimento, a sua cronologia de utilização será de 1496 a 1772. Por fim, e segundo Amor Divino (1796-1803), a fundadora do convento terá falecido entre os anos de 1518 e 1519, sendo portanto esta a cronologia da sua sepultura, a qual se localiza na Sala do Capítulo e se faz referência no ponto 1.2. Em 1888, o convento foi convertido em Hospital da Misericórdia e em 1961 abriu nas instalações do mesmo convento o Museu de Setúbal (Figura 3) (Pereira, 1990).



**Figura 3** – Desenho da fachada da Igreja do Convento de Jesus de Setúbal e entrada para o Museu de Setúbal. (Pereira, 1990: 30 e 31)

## 1.2 Escavações arqueológicas

Em 1970 e 1971 foram efetuadas escavações arqueológicas em salas distintas do rés-do-chão do Convento de Jesus e ainda no lavabo (Silva e Pereira, 1989). No entanto, apenas se tem conhecimento da sua ocorrência, não havendo registos, publicação de resultados ou informação de por quem foram realizadas nem se houve espólio recuperado.

As três seguintes escavações arqueológicas foram coordenadas pelo arqueólogo Carlos Tavares da Silva. A primeira intervenção ocorreu entre 28/12/1988 e 15/3/1989 e foi da iniciativa do Instituto Português do Património Cultural (Silva e Pereira, 1989). A escavação foi efetuada no exterior do convento, na antiga Praça Miguel Bombarda atualmente chamado Largo de Jesus, tendo sido aberta uma vala com aproximadamente 4 a 6 metros de largura, sendo esta contígua e paralela às frontarias sul e este da igreja (Figura 4 – A.) (Silva e Pereira, 1989). Os objetivos dessa intervenção eram conhecer as fases de edificação do monumento e perceber a evolução geomorfológica da zona envolvente à igreja (Silva e Pereira, 1989; Neto, 2011). Foi possível conhecer aspetos relativos à estrutura do convento, não tendo sido registada a presença de espólio



osteológico (Neto, 2011). A segunda escavação decorreu entre 1993 e 1994 e foi solicitada pelo Instituto Português do Património Arquitetónico e Arqueológico (Silva, 1995). Tinha como objetivo “*caracterizar arqueologicamente os depósitos existentes sob o pavimento atual das galerias do piso térreo*” e ainda “*obter elementos que permitam orientar as futuras obras de recuperação daquele monumento, com vista à salvaguarda dos elementos arqueológicos aí presentes*” (Silva, 1995: 1). Foram efetuadas 7 sondagens (designadas de A a G) nas quatro alas do claustro num total de 54 m<sup>2</sup> (Figura 4 – B.) (Silva, 1995). É referido pelo autor que na sondagem F, realizada na ala sul foram identificados ossos humanos na camada 10: “*C.10 – forneceu ossos humanos, sem conexão anatómica, correspondente talvez a sepultura secundária que poderá ser datada do século XVII [...]*” (Silva, 1995: 7). A terceira e última intervenção de Carlos Tavares da Silva foi realizada entre Dezembro de 1997 e Novembro de 1998, tendo sido promovida pelo mesmo Instituto que a escavação anterior (Silva, 1999). Tinha como objetivo “[...] *esclarecer aspectos relativos às fases construtivas daquele monumento.*” (Silva, 1999: 1). Foram realizadas seis sondagens (I, II, III, IV, Va e Vb) (Figura 4 – C.): três no exterior do convento e três no interior (Silva, 1999).

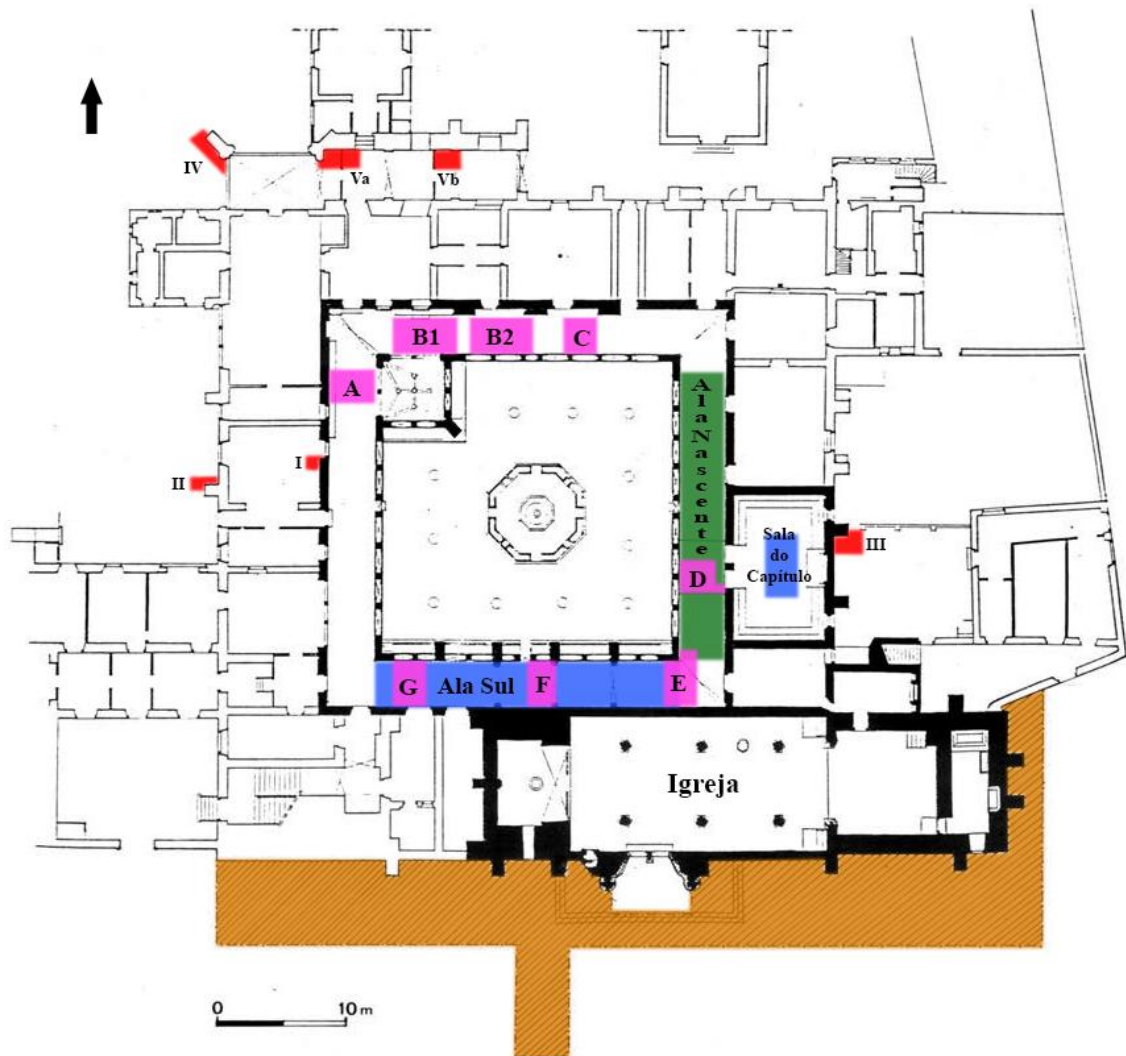
Mais recentemente, uma escavação decorreu entre 5/12/2005 e 5/5/2006 sendo José Luís Neto e Maria João Cândido coordenadores da escavação arqueológica e Nathalie Antunes-Ferreira da coordenação antropológica (Neto, 2011). Esta intervenção tinha como objetivos permitir a perceção da arquitetura original do convento, realizar o levantamento dos enterramentos da ala sul do claustro e da Sala do Capítulo e ainda proporcionar ao público um local de visita, autorizada durante a escavação (Neto, 2011). Foram vários os locais intervencionados, incluindo a ala sul do claustro e a Sala do Capítulo (Figura 4 – D.), encontrando-se nesta última a sepultura da fundadora do convento (Figura 5) (Neto, 2011).

A escavação arqueológica de 2015<sup>2</sup> foi realizada entre 22/10/2015 e 12/2/2016, tendo sido coordenada por Nathalie Antunes-Ferreira. A intervenção encontrava-se inserida no “Projeto de recuperação e valorização do Convento de Jesus”, sendo motivada pela repavimentação das alas do claustro à cota original do piso primitivo (Antunes-Ferreira, 2016). Assim, de acordo com esta autora, foi intervencionada a ala claustral nascente (Figura 4 – E., Figura 6), local onde se situa o espaço sepulcral das clarissas que habitaram o convento. Uma vez que a ala nascente foi intervencionada

---

<sup>2</sup> A mestrandia participou nesta intervenção entre Novembro 2015 e Janeiro 2016.

apenas até à cota de afetação da obra, várias inumações permanecem neste espaço o que implica uma nova intervenção arqueológica no caso da realização de novos projetos abaixo dessa cota (Antunes-Ferreira, 2016).



**Figura 4** – Planta do Convento de Jesus de Setúbal com a localização das áreas intervencionadas: Escavação arqueológica realizada em: A. 1988 (laranja); B. 1993 (rosa); C. 1997 (vermelho); D. 2006 (azul); E. 2015 (verde). (Planta original de Silva e Pereira, 1989: 10, com as marcações da autora)



**Figura 5** – Sepultura de Justa Rodrigues Pereira (Sala do Capítulo), intervencionada em 2006. (Fonte: Nathalie Antunes-Ferreira)



**Figura 6** – Ala nascente do claustro intervencionada em 2015. (Antunes-Ferreira, 2016)

### 1.3. Objetivos

Um dos objetivos da análise desta série Pós-Medieval é efetuar a caracterização paleodemográfica, morfológica e paleopatológica dos indivíduos. Pretende-se ainda caracterizar as suas práticas funerárias recorrendo às informações presentes em documentação histórica, como crónicas conventuais (escritas por freiras que habitaram o convento) e ainda os manuscritos do arquivo pessoal de Almeida Carvalho (historiador setubalense) em conjugação com os relatórios de escavação. Em suma, pretende-se contribuir para o conhecimento acerca do quotidiano e da vida e morte das clarissas deste convento.

## 2. Material e Métodos

### 2.1. Vestígios osteológicos

Os vestígios osteológicos em estudo são provenientes do claustro – alas nascente e sul – e da Sala do Capítulo do Convento de Jesus de Setúbal. Com base na terminologia proposta por Knüsel (2014), estes vestígios foram identificados como pertencentes a inumações primárias e a reduções ósseas (Tabela 1). Assim, este autor defende que inumações primárias consistem na deposição de um ou mais indivíduos – no caso de enterramentos duplos, triplos ou múltiplos – num local inicial que corresponde também à localização final do enterramento (verificando-se a presença de articulações lábeis e persistentes), o que as distingue de reduções ósseas, as quais se verificam quando ocorre desarticulação e reorganização de um ou mais esqueletos dentro da sepultura, causada pelo enterramento de um novo indivíduo na mesma sepultura e ainda de inumações secundárias, as quais ocorrem quando os ossos de um indivíduo de uma inumação primária são recolhidos e depositados em desarticulação num local diferente do original.

**Tabela 1** – Vestígios osteológicos provenientes das campanhas de escavações realizadas no Convento de Jesus de Setúbal em 2006 e 2015.

<b>Ano de escavação</b>	<b>Local da intervenção</b>	<b>Vestígios osteológicos</b>
2006	Ala sul do claustro	2 inumações primárias e reduções ósseas
	Sala do Capítulo	Ossos da sepultura atribuída a Justa Rodrigues Pereira
2015	Ala nascente do claustro	13 inumações primárias e reduções ósseas

Os ossos das inumações primárias e das reduções ósseas encontravam-se acondicionados em sacos de plástico perfurados, devidamente etiquetados e acomodados em caixas de plástico com paredes laterais e fundo perfurados. Nas etiquetas escritas durante a escavação constam as informações do local de enterramento (área, laje, camada estratigráfica, número do enterramento, data de exumação e indicação do tipo de osso).

Os ossos da sepultura atribuída à fundadora e das reduções ósseas da escavação de 2006 não foram todos estudados uma vez que não foi possível ter acesso aos mesmos. Ao confrontar o inventário dos ossos presentes com os inventariados no relatório antropológico (Antunes-Ferreira, 2006), verificou-se que vários se

encontravam ausentes e, não tendo sido possível localizá-los por parte do Sector do Património e Arqueologia da Câmara Municipal de Setúbal, não foram alvo de análise. Como tal, recorreu-se às informações presentes no relatório acima mencionado relativamente a estes.

Não foi necessário a realização da limpeza dos vestígios osteológicos uma vez que esta foi efetuada durante o período de escavação: primeiro efetuou-se uma limpeza a seco, retirando-se o excesso de terra húmida, no momento de levantamento dos ossos, e posteriormente estes foram limpos com água destilada (usando escovas de dentes) e de seguida secos ao ar livre, sem exposição direta ao sol, sobre folhas de jornal<sup>3</sup>.

Todos os ossos das reduções foram alvo de identificação, determinação da lateralidade e inventariação seguido da respetiva marcação com verniz transparente e caneta de acetato super fina, aplicando-se uma camada de verniz antes e após a utilização da caneta. A marcação consiste no acrónimo CJ/ano/nº, sendo CJ correspondente a Convento de Jesus, o ano correspondente ao início da escavação (2006 ou 2015) e nº correspondente ao número atribuído ao osso identificado. A marcação nos ossos das inumações primárias não foi efetuada, uma vez que os esqueletos se encontram perfeitamente individualizados em caixas e ainda porque a responsável do Sector do Património e Arqueologia da Câmara Municipal de Setúbal informou para não o fazer.

Procedeu-se, de seguida, ao cálculo do número mínimo de indivíduos presentes nas reduções ósseas, aplicando os métodos de Herrmann *et al.* (1990, adaptado por Silva, 1993) para os ossos longos (úmero, rádio, ulna, fémur, tibia e fíbula) e de Ubelaker (1974) para os restantes ossos.

Foi avaliado o estado de conservação óssea de todos os vestígios osteológicos em análise, seguindo o método de Dutour (1989, adaptado por Garcia, 2006) para os ossos das inumações primárias e o método de Bello *et al.* (2006) para as reduções ósseas. A avaliação da preservação da superfície óssea foi efetuada aplicando o método de Behrensmeyer (1978, adaptado por McKinley, 2004).

Recorreu-se também aos dados que se encontram nos relatórios antropológicos e arqueológicos: Antunes-Ferreira (2006), Neto (2011) e Antunes-Ferreira (2016) correspondentes às intervenções realizadas e ainda à documentação histórica disponível, a qual é mencionada no ponto 2.2.

---

<sup>3</sup> A mestrandia efetuou limpeza do material durante o período que participou na escavação de 2015.

Para a caracterização demográfica da amostra em estudo, efetuou-se a diagnose sexual e a estimativa da idade à morte. Para a primeira, foi efetuada uma análise exclusivamente morfológica do osso íliaco e crânio, seguindo as recomendações de Ferembach *et al.* (1980) e de Buikstra e Ubelaker (1994) para ambos e ainda as de Walker (2005) e Bruzek (2002) para o osso íliaco e as de Walker (2008) para o crânio. Aplicaram-se também métodos métricos (Tabela 2) baseados nos pontos de cisão definidos por Wasterlain (2000) para o úmero, fémur e tibia e nas funções discriminantes propostas por Silva (1995) para o calcâneo e talus. De salientar que na seleção das medidas para cada osso teve-se em atenção quais as zonas mais dimórficas e que, como tal, possibilitam a obtenção de resultados mais fiáveis. Por convenção, as medidas pares foram tiradas do lado esquerdo. Quando tal não foi possível as medidas foram tiradas do lado direito, sendo essa informação dada quando isso acontece.

Para a estimativa da idade à morte, foram utilizados dois critérios, a união epifisial, seguindo as recomendações de Ferembach *et al.* (1980) e de Cunha *et al.* (2009) e a calcificação e erupção dentária pelo método de Ubelaker (1989), o que permite diferenciar indivíduos adultos de não-adultos. Especificamente para a estimativa da idade à morte em indivíduos adultos, foram aplicados os métodos de Lovejoy *et al.* (1985) e de Buckberry e Chamberlain (2002) para as alterações da superfície auricular, o de Suchey e Brooks (1990) para a metamorfose da sínfise púbica e o de Iscan *et al.* (1985) para as alterações da extremidade esternal da 4ª costela. Quando não foi possível identificar a 4ª costela, foi feita uma estimativa entre a 3ª, 4ª e 5ª costelas e aplicada a metodologia nas mesmas. Optou-se por dividir os indivíduos por categorias nominativas, em vez de intervalos quantitativos, para diminuir o efeito do erro inerente aos métodos aplicados. Assim, nos indivíduos adultos consideraram-se duas categorias: adulto jovem e adulto (a qual inclui indivíduos maduros e idosos).

**Tabela 2** – Métodos métricos e medidas aplicadas à série osteológica do Convento de Jesus de Setúbal para a diagnose sexual.

<b>Método</b>	<b>Osso</b>	<b>Medidas</b>
Wasterlain (2000)	Úmero	Diâmetro vertical da cabeça
		Diâmetro transverso da cabeça
		Largura epicondiliana
	Fémur	Diâmetro vertical da cabeça
		Diâmetro transverso da cabeça
Tibia	Diâmetro ântero-posterior ao nível do buraco nutritivo	
Silva (1995)	Talus	Comprimento máximo
	Calcâneo	Comprimento máximo

Para o estudo morfológico dos vestígios osteológicos foi efetuado o cálculo da estatura, aplicando três métodos: Olivier *et al.* (1978) para o úmero, rádio, ulna, fémur e tíbia, Mendonça (2000) para o úmero e fémur e Cordeiro *et al.* (2009) para o primeiro e segundo metatársicos.

Foram também calculados, para o fémur e a tíbia, os índices de achatamento (índice platimérico e pilástrico para o fémur e índice cnémico para a tíbia) e robustez, seguindo as recomendações de Olivier e Demoulin (1984).

Selecionaram-se caracteres não-métricos (ou discretos) do esqueleto craniano (Tabela 3) e pós-craniano (Tabela 4), sendo assinalados como presentes ou ausentes. Os primeiros foram descritos por Hauser e De Stefano (1989) e os segundos por Finnegan (1978). Esta seleção foi efetuada tendo em atenção o estado de conservação e preservação óssea dos vestígios osteológicos em estudo e considerando os amplamente utilizados na análise de populações do passado nacionais.

**Tabela 3** – Caracteres discretos do esqueleto craniano selecionados.

<b>Crânio</b>	
Sutura metópica	Osso sutural lambdóide
Sutura supranasal	<i>Ossiculum no bregma</i>
Ausência de <i>foramina parietalia</i>	<i>Ossiculum no lambda</i>
<i>Foramina supra-orbitários</i>	<i>Ossiculum no asterion</i>
<i>Foramina infra-orbitários acessórios</i>	<i>Ossiculum no pterion</i>
Osso sutural coronal	<i>Facies articulares bipartite</i>
Osso sutural sagital	<i>Torus palatino</i>
<b>Mandíbula</b>	
<i>Foramina mentalia duplos</i>	
Ponte mielohióide	
<i>Torus mandibular</i>	

**Tabela 4** – Caracteres discretos do esqueleto pós-craniano selecionados.

<b>Localização</b>	<b>Carácter discreto</b>
Atlas	Forma da faceta (simples/dupla)
	Ponte posterior
	Ponte lateral
	<i>Foramen transverso bipartido</i>
Escápula	<i>Os acromial</i>
	<i>Foramen supra-escapular</i>
Clavícula	Perfuração do nervo supraclavicular
	Fossa romboide
Úmero	Processo supracondilóide
	Abertura septal

<b>Localização</b>	<b>Carácter discreto</b>
Íliaco	Prega acetabular
Fémur	Fossa de Allen
	Faceta de Poirier
	Placa
	Fossa hipotrocantérica
	Terceiro trocânter
Pátela	Chanfradura <i>vastus</i>
	<i>Patella emarginate</i>
Tíbia	Faceta de agachamento medial
	Faceta de agachamento lateral
Talus	<i>Os trigonum</i>
	Faceta talar medial
	Extensão talar lateral
	Superfície articular inferior talar
Calcâneo	Faceta dupla anterior
	Faceta anterior ausente
	Tubérculo peroneal

No que respeita à análise paleopatológica, foi realizada a observação macroscópica de todos os elementos esqueléticos, seguida da descrição das alterações observadas adotando as recomendações de Buikstra e Ubelaker (1994) e de Steckel *et al.* (2006). A análise dos indivíduos das inumações primárias foi separada da análise dos remanescentes osteológicos das reduções ósseas uma vez que nas primárias é mais provável se conseguir efetuar o diagnóstico diferencial, pois analisa-se o esqueleto completo (ou quase completo), o que permite visualizar a distribuição das diferentes manifestações patológicas observadas e estabelecer ligações entre elas e o perfil biológico do indivíduo para chegar ao diagnóstico mais provável.

Especificamente para a patologia oral, aplicaram-se os métodos propostos por Smith (1984), Hillson (2001) e Kerr (1988), respetivamente para o registo do desgaste dentário da superfície oclusal, das cáries e avaliação da doença periodontal. Foram também registadas, quando presentes, as hipoplasias lineares do esmalte dentário e o cálculo dentário ou tártaro, segundo as recomendações de Wasterlain (2006) e Waldron (2009). Nas inumações primárias a análise foi efetuada por indivíduo enquanto nas reduções ósseas foi realizada por dente ou por maxilar ou mandíbula.

Para a patologia degenerativa articular, adotaram-se as recomendações de Rogers e Waldron (1995), tendo sido analisadas apenas as regiões em que a área articular se encontra representada em pelo menos 50%. Os critérios avaliados consistem na labiação marginal, porosidade da superfície, osteófitos na superfície articular e



eburnação sendo atribuído um grau a cada característica (Buikstra e Ubelaker, 1994; Rogers e Waldron 1995). Waldron (2009) descreveu o método que permite efetuar o diagnóstico de osteoartrose, que consiste na presença de eburnação (patognomónica) ou, na sua ausência, a presença de dois outros dos critérios acima referidos. Nos indivíduos das inumações primárias foi feita a observação das diferentes regiões articulares, registando-se para cada critério o grau de expressão, sendo que se considerou que a articulação se encontrava afetada por esta patologia quando em pelo menos um dos ossos da articulação se encontrasse as alterações referidas. Já para a análise dos ossos das reduções a análise foi realizada por região articular.

No que respeita à patologia não-articular, nomeadamente as alterações das enteses, foi aplicado o novo Método de Coimbra desenvolvido por Henderson *et al.* (2016). Nesta metodologia são analisadas as enteses fibrocartilagíneas, sendo que a entese é dividida em duas zonas e são avaliadas seis características: formação de osso e erosão nas zonas 1 e 2 e ainda alteração de textura, microporosidade, macroporosidade e cavitação na zona 2, sendo atribuído um grau de expressão a cada uma. Apenas foram consideradas para análise as zonas em que a área não-articular se encontra representada em pelo menos 50%. A observação das alterações das enteses incidiu sobre oito zonas localizadas em cinco ossos (segundo as recomendações da Professora Doutora Sandra Assis por comunicação pessoal, após contacto com a Doutora Charlotte Henderson, co-autora do Método de Coimbra) (Tabela 5).

**Tabela 5** – Localização das alterações de entese analisadas no esqueleto apendicular.

<b>Ossos</b>	<b>Zona anatómica</b>	<b>Inserção</b>
Úmero	Grande tubérculo	<i>Supraspinatus</i>
		<i>Infraspinatus</i>
	Pequeno tubérculo	<i>Subscapularis</i>
	Epicôndilo lateral	<i>Extensor comum</i>
	Epicôndilo medial	<i>Flexor comum</i>
Rádio	Tuberosidade radial	<i>Biceps brachii</i>
Ulna	Oleocrânio	<i>Triceps brachii</i>
Patela	Face anterior	<i>Quadriceps femoris</i>
Calcâneo	Tuberosidade calcaneal	<i>Triceps surae</i>

Para a análise das vértebras optou-se por examinar o corpo e as superfícies articulares adotando as recomendações de Buikstra e Ubelaker (1994). Quando necessário, recorreu-se à literatura paleopatológica apropriada como os manuais de Ortner (2003), Roberts e Manchester (2005), Brickley e Ives (2008) e Waldron (2009) e

clínica. Ao efetuar o diagnóstico diferencial adotou-se a terminologia proposta por Appleby *et al.* (2015), a qual é uma modificação do Protocolo de Istambul e ainda as recomendações de Buikstra *et al.* (2017).

## **2.2. Pesquisa histórica**

Para além do estudo dos vestígios osteológicos, foram alvo de análise documentos relativos à história do convento e ao quotidiano das clarissas que o habitaram em clausura assim como informações acerca dos locais de enterramento. Assim, procedeu-se à leitura de duas crónicas conventuais, uma escrita por Soror Leonor de São João (1630) e a outra por Soror Ana do Amor Divino (1796-1803). Foram também analisados vários manuscritos integrados no arquivo pessoal de Almeida Carvalho, o qual resulta da investigação e apontamentos efetuados por João Carlos de Almeida Carvalho. A documentação deste arquivo encontra-se para consulta em suporte físico no Arquivo Distrital de Setúbal e parcialmente disponível em suporte digital (em <http://digitalq.adstb.arquivos.pt>).

Para a realização de uma investigação sólida, é fundamental conjugar a informação obtida a partir do estudo antropológico e arqueológico com o das fontes históricas disponíveis. Mitchell (2017) defende que na análise e interpretação de documentação histórica escrita é muito importante conhecer a pessoa que escreveu o texto, quando o escreveu e porquê que o escreveu. Assim, considera-se importante conhecer o percurso de vida das pessoas cujos documentos históricos foram alvo de análise, de forma a compreender e a contextualizar o que por eles foi escrito. Atendendo a estas recomendações, faz-se uma breve biografia acerca destes três autores.

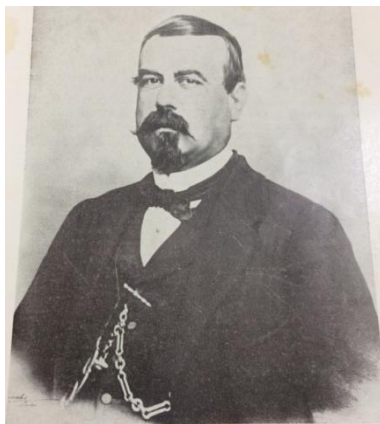
Soror Leonor de São João nasceu em Lisboa a 19 de Outubro de 1569, filha de D. Rodrigo de Castro Barreto e de D. Leonor Pinheira de Lacerda (Amor Divino, 1796-1803). Fez a sua entrada no Convento de Jesus com 15 anos e meio, em Maio de 1585; quando tinha 25 anos de hábito, em 1610, foi eleita porteira sendo por volta desta altura que criou o projeto de escrita da sua crónica conventual, a partir de diversas notícias e informações que encontrou no cartório e do que presenciou dentro do convento (Amor Divino, 1796-1803). O seu manuscrito, intitulado “Tratado da antiga e curiosa fundação do Convento de Jesus de Setúbal”, foi aprovado a 8 de Janeiro de 1632 e recebeu licença para impressão a 3 de Março do mesmo ano pelo Frei Luis de S. Hieronymo, em

Xabregas (São João, 1630). Esta clarissa faleceu a 17 de Abril de 1648 com 78 anos de idade, tendo passado 63 em clausura (Machado, 1752).

Soror Ana do Amor Divino foi também clarissa no Convento de Jesus, tendo a sua entrada ocorrido em 1774 (Amor Divino, 1796-1803). Por se encontrar enferma e incapaz de auxiliar suas irmãs religiosas nos trabalhos corporais e por pretender encontrar outra forma de prestar serviço à sua comunidade, tomou a iniciativa de fazer o registo das memórias do Convento de Jesus (Amor Divino, 1796-1803). Assim, e para dar continuidade ao trabalho efetuado por Soror Leonor de São João, esta clarissa escreveu entre 1796 e 1803 a crónica conventual intitulada “ Memórias históricas do real Convento de Jesus de Setúbal”. Recorreu a diversos apontamentos, alguns por ela anotados a partir de notícias que outras freiras mais antigas lhe forneceram, outros que se encontravam no convento e ainda a partir de testemunhos de religiosas que habitavam em clausura no momento da escrita assim como das suas próprias vivências e lembranças (Amor Divino, 1796-1803).

João Carlos de Almeida Carvalho (Figura 7) nasceu a 5 de Março de 1817 na cidade de Setúbal, filho de António Coelho de Carvalho e de Ana Rita de Almeida e Silva de Carvalho (Carvalho, 1968). Frequentou um curso de Taquigrafia do qual recebeu o diploma em 5 de Setembro de 1838, sendo no ano seguinte admitido como praticante de taquígrafo nas Cortes (Carvalho, 1968). Aos 23 anos, para além de exercer a sua profissão, começou a estudar simultaneamente as línguas latina, francesa, inglesa e italiana, nunca contando com o apoio de seu pai que desaprovava a sua escolha de carreira profissional (Carvalho, 1968). A 20 de Junho de 1844 casa-se com a sua prima Mariana Inácia Pinto de Carvalho, da qual teve 3 filhos (Carvalho, 1968). Em 1849 fundou a Sociedade Arqueológica Lusitana e em 1855 a Associação Setubalense das Classes Laboriosas e o periódico “O Setubalense” (Carvalho, 1968). Ao longo dos anos foi progredindo na sua posição de praticante de taquígrafo até que, em Janeiro de 1878, foi promovido a Diretor-geral, cargo que terminou 4 anos depois quando se reformou, tendo quase 65 anos de vida e 42 de trabalho profissional (Carvalho, 1968). Continuou no entanto, a trabalhar na sua investigação acerca das memórias e acontecimentos da cidade de Setúbal, fazendo numerosos apontamentos, os quais constituem o atual arquivo pessoal de Almeida Carvalho, integrado no Arquivo Distrital de Setúbal (Carvalho, 1968). Faleceu a 29 de Março de 1897 após doença prolongada (Bento *et al.*, 2018). O seu arquivo pessoal tem grande importância já que em 5 de Outubro de 1910 o Arquivo do Município de Setúbal foi destruído por um grande incêndio o que teria

causado a perda de toda a História de Setúbal não fosse a existência dos apontamentos coligidos pelo investigador (Carvalho, 1968; Bento *et al.*, 2018).



**Figura 7** – Fotografia de João Carlos de Almeida Carvalho.  
(Carvalho, 1968: 1)



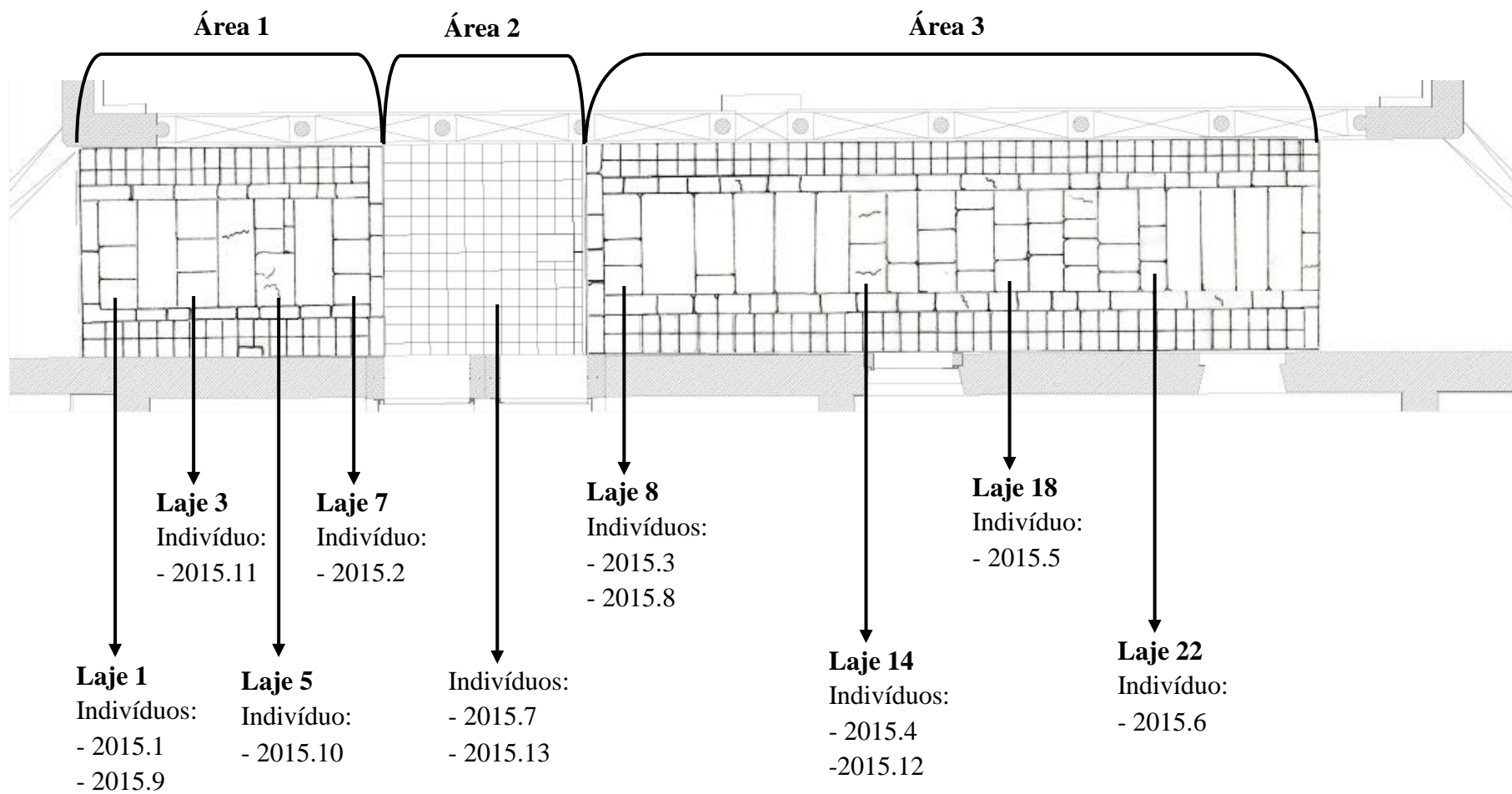
### **3. Resultados e Discussão**

#### **3.1. Antropologia Funerária**

Para se poder conhecer os ritos funerários exercidos em determinado local e por dado segmento da população, é extremamente importante o registo detalhado em campo, prévio ao levantamento do esqueleto, de todas as informações disponíveis: local de inumação, tipologia de sepultura, presença de espólio (votivo e não votivo) associado ao indivíduo, posição do corpo e dos seus membros, orientação do corpo na sepultura e alterações tafonómicas, entre outras. São estes dados que vão contribuir para o conhecimento dos ritos e práticas funerárias, tentando-se reconstruir parcialmente as ideologias funerárias associadas ao local intervencionado.

No que concerne às inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal, identificaram-se treze enterramentos na ala nascente do claustro e dois na ala sul. Uma vez que o local foi intervencionado apenas até à cota de afetação da futura obra, sabe-se que existem ainda inumações nessas alas. Existem duas tipologias de sepultura no claustro, sendo que na ala nascente corresponde a uma fossa tendencialmente retangular escavada nos níveis de aterro de 1772 e coberta por laje tripartida (sem outras estruturas delimitadoras) e na ala sul corresponde a uma cova simples escavada no substrato geológico abaixo do piso primitivo, sem cobertura de laje. Provavelmente a existência de dois tipos de sepultura prende-se com o facto de as da ala nascente terem sido construídas em 1772 enquanto as da ala sul são anteriores a esta data. Como foi referido, a construção das novas sepultura, em 1772, implicou a remoção das lajes e ladrilhos das antigas sepulturas e conseqüentemente a perda do conhecimento da sua localização, sendo que apenas as mais recentes estão cobertas por lajes (Amor Divino, 1796-1803).

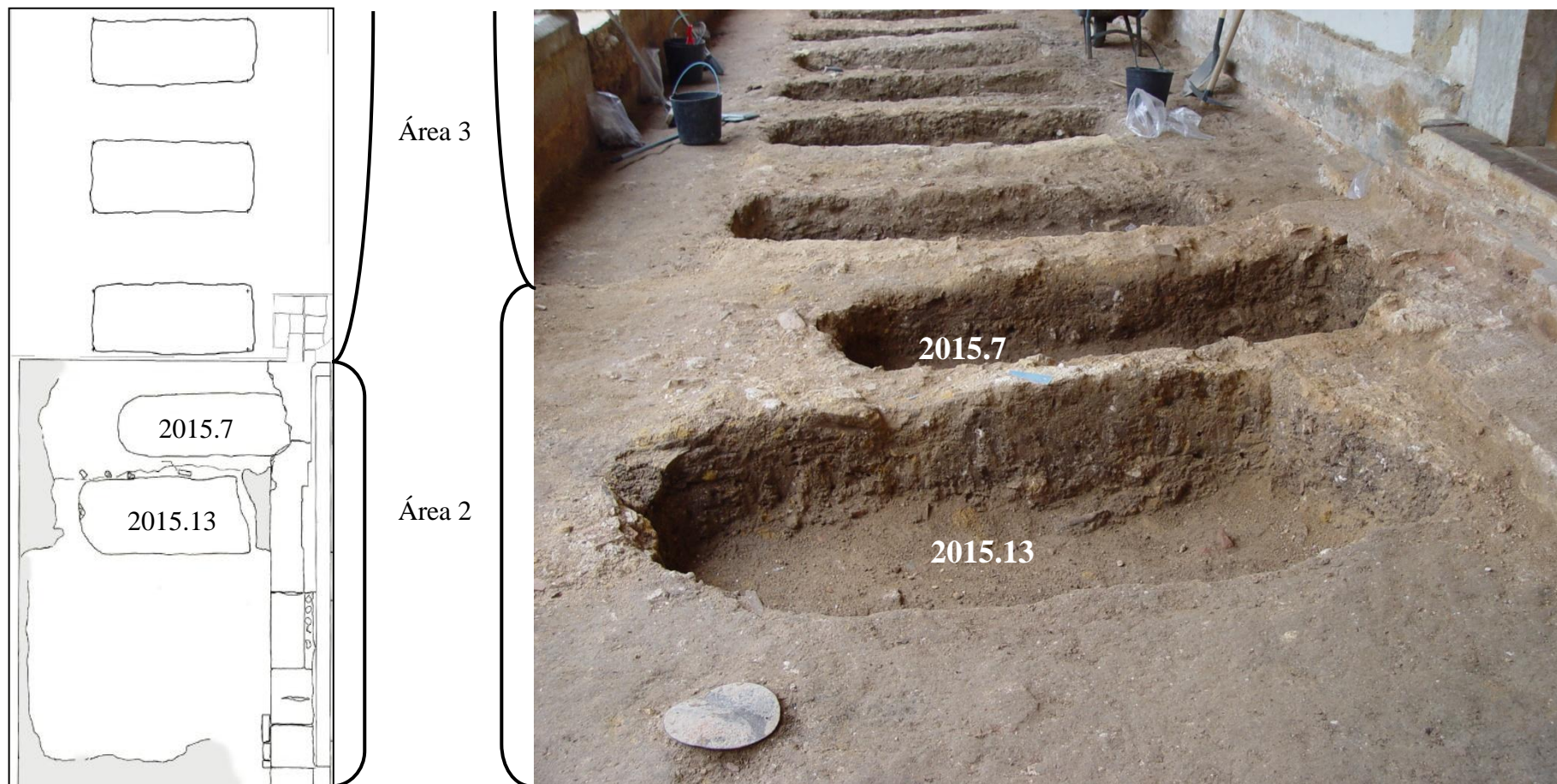
É mencionado por Ana do Amor Divino (1796-1803) que as sepulturas presentes na ala nascente do claustro são quinze: quatro desde o seu início até às portas da Sala do Capítulo, dez desde as portas até ao fim da ala e uma na zona do vão das portas; sendo que as catorze correspondem a lajes tripartidas e a que está a meio é coberta de ladrilho. Sendo que durante a intervenção se verificou a totalidade de vinte seis lajes – doze tripartidas, três bipartidas e onze inteiras – e atendendo à informação dada pela cronista mencionada, daí se conclui que apenas as partidas correspondem a sepulturas. Durante o processo de escavação da ala nascente do claustro, esta foi dividida em três áreas, de acordo com o que se encontra referido na crónica (Figura 8).



**Figura 8** – Planta com implantação das lajes na ala nascente do claustro do Convento de Jesus de Setúbal, com indicação dos indivíduos das inumações primárias por laje/área. (adaptado de Antunes-Ferreira, 2016)

Nas áreas 1 e 3 verifica-se que os enterramentos foram identificados apenas onde se localizavam lajes tripartidas e numa das bipartidas. É de salientar a presença de duas sepulturas na área 2, na zona que dá acesso às portas da Sala do Capítulo, correspondentes aos indivíduos 2015.7 e 2015.13 (Figura 9). Na crónica de Amor Divino (1796-1803) encontra-se descrita a presença de duas sepulturas neste local, pertencentes a Soror Isabel Maria da Visitação e Soror Teodora Jacinta da Purificação. Assim, a autora indica que a primeira “[...] *Está sepultada à porta do Capítulo.*” (Tomo III, fl 270v) e que a segunda “[...] *Seu corpo descansa em a sepultura que está no meio das portas do Capítulo, por haver pedido que lho pozessem ao pé da Madre Sor. Izabel Maria da Vizitação, que naquele lugar ficou nas sepulturas antigas.*” (Tomo III, fl 312). No decorrer da intervenção verificou-se que a sepultura do indivíduo 2015.13 estava sinalizada por tijoleira e que tinha sido construída posteriormente à subida do pavimento enquanto a do indivíduo 2015.7 foi construída anteriormente a esta subida. Atendendo a todos estes dados, pode-se supor que a sepultura do indivíduo 2015.7 corresponda à da Soror Isabel Maria da Visitação e a sepultura do indivíduo 2015.13 à da Soror Teodora Jacinta da Purificação. Esta conclusão é também suportada pelo facto de todas as sepulturas se encontrarem alinhadas com as lajes e ainda entre elas, exceto a do indivíduo 2015.7, o que pode levar à interpretação de que todas as sepulturas seriam do mesmo período – posteriores a 1772 – menos a 2015.7. Uma vez que esta não cortou o piso primitivo, significa que a sua cronologia é anterior a este, ou seja, das sepulturas intervencionadas em 2015, a do indivíduo 2015.7 é a única que é anterior ao alteamento do piso referido na crónica de Amor Divino (1796-1803). Recorrendo ainda à sua crónica, a autora refere que a Soror Isabel faleceu com 79 anos, em Janeiro de 1772 e que a Soror Teodora faleceu com 70 anos, em Agosto de 1788.





**Figura 9** – Planta e fotografia das sepulturas da área 2 – 2015.7 e 2015.13 – e parte das sepulturas seguintes da área 3 da ala nascente do claustro do Convento de Jesus de Setúbal. (adaptado de Antunes-Ferreira, 2016)

Através da análise dos elementos ósseos em estudo, foi possível estimar o número mínimo de indivíduos (NMI) presentes, sendo que nas reduções ósseas foram identificados 2428 fragmentos. Assim, nas inumações primárias contabilizaram-se 15 indivíduos adultos e nas reduções ósseas 32 (sendo a tíbia esquerda o osso mais representado - ver apêndice, Tabela A 1), completando um total de 47 indivíduos adultos. Calculou-se ainda o NMI por sepultura, verificando-se que este varia entre 2 e 6, dependendo da sepultura. Uma vez que as freiras que faleceram no convento eram enterradas nas alas do claustro (Amor Divino, 1796-1803), já era de prever que ocorresse reutilização de sepulturas, ou seja, em cada sepultura encontra-se inumado mais do que um indivíduo. Na crónica de Ana do Amor Divino (1796-1803), encontra-se o registo dos óbitos de 231 clarissas (sendo que os 114 primeiros já estavam mencionados por São João, 1630), sendo descritos alguns casos em que vários anos após o enterramento de determinada freira, a sua sepultura foi aberta para colocar outra falecida (por exemplo óbitos números 73, 217 e 230). Ao confrontar o NMI obtido com o referido pelas crónicas, verifica-se que este é muito inferior, o que pode ser explicado pelo facto de não se ter escavado integralmente as sepulturas, o que nos impede de conhecer o número total de inumações presentes.

No que concerne a conservação óssea, foi calculado o Índice de Conservação Anatómica (ICA) para cada indivíduo das inumações primárias, encontrando-se a sua distribuição por classe de conservação na Tabela 6. De salientar que não existem indivíduos inseridos nas classes 1, 2 e 3 e como tal estas não constam na tabela. Foi também determinado o Índice de Conservação Geral das inumações primárias, o qual é de 85,12%, o que corresponde à Classe 6 – estado de conservação excelente. Na avaliação da preservação da superfície óssea, verifica-se que as alterações *post mortem* são muito ligeiras, uma vez que não ultrapassam o grau 1 (sendo que a maioria dos ossos não apresentam quaisquer alterações visíveis).

**Tabela 6** – Distribuição, por classe de conservação, dos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal obtido, pelo método de Dutour (1989, adaptado por Garcia, 2006).

<b>Classe de Conservação</b>	<b>ICA</b>	<b>N</b>
4 – Bom estado	41 – 60	1
5 – Muito bom estado	61 – 80	4
6 – Estado excelente	81 – 100	10

N - N° total de observações realizadas

A conservação dos ossos das reduções encontra-se na Tabela 7. De salientar que apenas 28% (679/2428) se encontram bem conservados. De acordo com Bello *et al.* (2006) considera-se que um osso se encontra bem conservado se estiver representado em 50% ou mais, ou seja, classes 4 a 6; sendo que os ossos que se encontram menos fragmentados correspondem aos de menores dimensões, como os das mãos, pés e patela.

**Tabela 7** – Conservação dos ossos dos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal, obtido pelo método de Bello *et al.*, 2006.

Osso	N	Classes									
		2 1 - 24%		3 25-49%		4 50-74%		5 75-99%		6 100%	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Crânio	414	398	96,1	5	1,2	8	1,9	3	0,7	0	0
Maxilar	9	7	77,8	0	0	2	22,2	0	0	0	0
Mandíbula	67	38	56,7	13	19,4	9	13,4	7	10,4	0	0
Atlas	12	4	33,3	1	8,3	2	16,7	3	25	2	16,7
Axis	9	1	11,1	1	11,1	1	11,1	6	66,7	0	0
Vértebras cervicais (3ª a 7ª)	37	12	32,4	7	18,9	9	24,3	9	24,3	0	0
Vértebras torácicas	53	24	45,3	23	43,4	3	5,7	3	5,7	0	0
Vértebras	40	17	42,5	13	32,5	8	20	2	5	0	0
Esterno	3	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Costelas	370	335	90,5	25	6,8	8	2,2	2	0,5	0	0
Escápula	51	42	82,4	6	11,8	2	3,9	1	2	0	0
Clavícula	60	11	18,3	20	33,3	7	11,7	21	35	1	1,7
Úmero	107	52	48,6	28	26,2	10	9,3	16	15	1	0,9
Rádio	99	33	33,3	30	30,3	14	14,1	22	22,2	0	0
Ulna	75	29	38,7	23	30,7	13	17,3	10	13,3	0	0
Carpo	9	0	0	0	0	1	11,1	5	55,6	3	33,3
Metacarpo	147	5	3,4	7	4,8	43	29,3	77	52,4	15	10,2
Falanges da mão	113	0	0	0	0	9	8	66	58,4	38	33,6
Sacro	16	15	93,8	1	6,3	0	0	0	0	0	0
Íliaco	112	94	83,9	10	8,9	5	4,5	3	2,7	0	0
Fémur	198	137	69,2	27	13,6	11	5,6	23	11,6	0	0
Patela	4	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0
Tíbia	128	73	57	26	20,3	9	7	20	15,6	0	0
Fíbula	120	91	75,8	20	16,7	4	3,3	5	4,2	0	0
Tarso	57	6	10,5	18	31,6	12	21,1	20	35,1	1	1,8
Metatarso	97	4	4,1	14	14,4	27	27,8	50	51,5	2	2,1
Falanges do pé	21	0	0	0	0	2	9,5	12	57,1	7	33,3
Total	2428	143	0,6	318	13,1	219	9	390	16,1	70	2,9

n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas

No que concerne à preservação da superfície óssea (Tabela 8), verifica-se que as alterações são muito ligeiras, tal como se verificou com os ossos das inumações primárias, sendo que não excedem o grau 2. De realçar que 96% (2331/2428) não apresentam quaisquer alterações *post mortem*, apenas 3,8% (92/2428) se incluem no grau 1 e 0,2% (5/2428) no grau 2.

**Tabela 8** – Relação entre a conservação óssea e o grau de preservação nos ossos dos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal, pelos métodos de Bello *et al.* (2006) e Behrensmeier (1978, adaptado por McKinley, 2004), respetivamente.

Conservação óssea (%)	Grau de preservação		
	0	1	2
1-24	1410	21	0
25-49	288	29	1
50-74	201	18	0
75-99	362	24	4
100	70	0	0
Total	2331	92	5

Os dados funerários recolhidos durante a intervenção arqueológica relativos às inumações primárias encontram-se reunidos na Tabela 9.

**Tabela 9** – Dados funerários obtidos durante a escavação acerca das inumações primárias nas alas claustrais do Convento de Jesus de Setúbal.

Dados Funerários		n	N	%
Indícios de caixão (madeira, pregos e tachas)		2	15	13,3
Vestígios de cal		12	15	80,0
Mortalha (alfinetes para a segurar; vestígios da mesma na cal)		14	15	93,3
Orientação	Sudoeste-Noroeste	7	15	46,6
	Noroeste-Sudoeste	6	15	40,0
	Este-Oeste	1	15	6,7
	Oeste-Este	1	15	6,7
Posição do corpo	Decúbito dorsal	14	15	93,3
	Tendencialmente fetal	1	15	6,7
Posição do crânio	Com face para cima	8	14	57,1
	Para a esquerda	3	14	21,4
	Descaído para trás	1	14	7,2
	Para a direita	2	14	14,3
Posição membros superiores	Sobre o peito	6	15	40,0
	Sobre a região abdominal	8	15	53,3
	Esquerdo sobre região abdominal e direito ao longo do corpo com flexão ligeira do cotovelo	1	15	6,7
Posição dos membros inferiores	Estendidas	13	15	86,7
	Fletidas à direita	1	15	6,7
	Semi-fletidas à direita	1	15	6,7

<b>Dados Funerários</b>		<b>n</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Espólio	Votivo (armação/coroa, crucifixo, medalhas religiosas, contas de terço/rosário)	12	15	80,0
	Não votivo (colchetes e alfinetes)	12	15	100

n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas

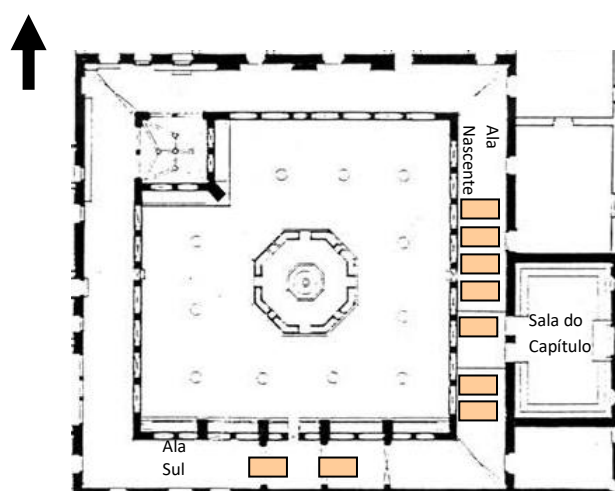
Verifica-se que a utilização de caixão era rara, havendo indícios do possível uso apenas em dois indivíduos (2006.1 e 2015.9).

A colocação de cal (Figura 10) e de mortalha era muito comum, notando-se a sua presença em respetivamente 80,0% e 93,3% dos indivíduos analisados. De salientar a possibilidade de não se terem conservado nos restantes indivíduos e por isso não se assinalar a sua presença. Foram registadas tanto nas inumações mais recentes como nas mais antigas, sendo que a presença de mortalha foi identificada quando estavam presentes alfinetes, os quais seriam usados para prender a mortalha, ou quando se verificou a impressão dos tecidos da mesma na cal. A utilização de cal nos enterramentos de clarissas encontra-se já descrita por outros autores. Assim, Cardoso (1997) e Lopes (2001), no estudo de indivíduos do Convento de Santa Clara-a-Velha, registaram a sua presença: a primeira apenas refere que estava presente em muitos enterramentos (foram analisado 20 indivíduos), enquanto a segunda a registou em 39,1% (27/69) dos indivíduos. A colocação de cal sobre o corpo está evidenciada desde enterramentos cristãos antigos, uma vez que se acreditava que a sua utilização acelerava a decomposição e reduzia os odores de putrefação, o que justifica a sua presença nos indivíduos em análise (Schotsmans *et al.*, 2014). No entanto, estudos recentes apontam para que a sua utilização abrande o processo de decomposição (Schotsmans *et al.*, 2014).



**Figura 10** – Indivíduo 2015.1 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal com corpo coberto por cal. (Antunes-Ferreira, 2016)

No que concerne à orientação do corpo, na ala nascente do claustro, verifica-se a predominância Sudoeste-Noroeste imediatamente seguida por Noroeste-Sudoeste. Na ala sul do claustro, um indivíduo apresenta-se no sentido Este-Oeste e outro no sentido Oeste-Este. O facto de não existir uniformidade na orientação dos enterramentos leva à interpretação de que muito provavelmente o mais importante era ser enterrado no espaço sagrado do convento do que propriamente respeitar a orientação cristã, como foi referido por Antunes-Ferreira (2015) e Antunes-Ferreira e Cândido (2017). De salientar que, atendendo à orientação do corpo, se verifica que os indivíduos não foram todos depositados da mesma forma: na ala nascente, foram colocados perpendicularmente em relação às paredes do claustro enquanto na ala sul foram colocados paralelamente às paredes do claustro (Figura 11). Isto permite mais uma vez distinguir dois momentos de enterramento distintos: os da ala nascente, posteriores a 1772 e os da ala sul, anteriores a 1772.



**Figura 11** – Distribuição das sepulturas – retângulos bege – nas alas sul e nascente do claustro do Convento de Jesus de Setúbal (as localizações são meramente ilustrativas para possibilitar a visualização das mesmas relativamente à orientação do corpo).  
(planta original de Silva e Pereira, 1989: 10, com marcações da autora)

A posição de inumação predominante é o decúbito dorsal, verificando-se que apenas um indivíduo (2015.6) se encontra em posição atípica (Figura 12). O crânio em mais de 50% dos casos encontra-se com a face para cima (ou seja sobre o occipital). A posição dos membros superiores encontra-se alternada entre mãos sobre o peito ou sobre a região abdominal em quase todos os indivíduos, existindo apenas um (enterramento 2015.6) em que o braço direito se encontra ao longo do corpo e o esquerdo sobre a região abdominal. Quanto à posição dos membros inferiores, 86,7% (13/15) dos indivíduos encontram-se inumados com as pernas estendidas, verificando-se



que no indivíduo 2015.6 estes se encontram fletidos e que no indivíduo 2015.12 se encontram semi-fletidos à direita. Verifica-se que não existem diferenças entre os enterramentos mais antigos e os mais recentes.

Atendendo aos trabalhos desenvolvidos por Marrafa (1996), Cardoso (1997) e Lopes (2001), verifica-se que existe uma continuidade relativamente à posição de inumação. Assim, em todos a predominante é o decúbito dorsal, com membros superiores sobre o peito ou região abdominal e os inferiores estendidos. Isto está de acordo com os princípios de inumação habituais nas comunidades cristãs, como é o caso da série osteológica em estudo.

Como foi referido acima, o indivíduo 2015.6 é o único que foi enterrado em posição tendencialmente fetal, o que levanta a questão: qual o motivo para este acontecimento? Algumas razões podem ser apontadas, como a sepultura ser demasiado pequena para o indivíduo ou ainda este sofrer de alguma patologia que impediu a alteração da sua posição para a realização do enterramento. Verifica-se no entanto, pela análise da Figura 12, que a sepultura tinha as dimensões adequadas para que o indivíduo fosse sepultado em decúbito dorsal, como aconteceu com as outras freiras. Na crónica conventual de Ana do Amor Divino (1796-1803: Tomo III, fl 275 a 277v) encontra-se descrita a seguinte situação: “ *A Madre Sor. Michaela Archangela do Ceo [...] vestiu o sancto habito com desenove anos em desoito de Maio de 1722. Foi sempre enfermiça desde a Eschola [...] Apenas sahio da Eschola, essa pouca saude desapareceo de todo, e sua vida foi hum tecido de gravissimas enfermidades [...] Dispararão as doenças em huma total contracção de nervos e musculos, com que entreveceo de todo; a isto sobreveio a total cegueira dos olhos [...] Enfim hum acidente apopleptico lhe deixou totalmente leso o lado direito [...] ficou hum joelho cravado no estomago, outro pouco menos e a mão direita meio fechada e assi pegada ao peito tão rijamente que nem as unhas se lhe podião cortar; e como estas crescendo se lhe cravavão pelo peito, era forçoso fazer-lhe dolorosas violências para lhas cortar [...]. Assi viveu ainda quatro anos, em que lhe cresceo novo tormento, porque se cobrio de chagas [...] Das chagas manavão bichos, que se lhe catavão e tiravão com alfinetes [...] entregou o espirito atribulado pelas sette horas da noite de desesette de Novembro de 1779, tendo de vida natural settenta e seis anos; de religião cincoenta e sette; de cruz e paciencia cincoenta e cinco [...]. O cadaver ficou em hum novello, como o corpo estava na cama e assi mesmo foi amortalhado [...] como estava foi a sepultura, que he a primeira defronte da Casa das Vigariaz. Foi esta a primeira defuncta que se enterrou nas novas*

*sepulturas.*”. Tendo em atenção este evento, e considerando que se encontrava sepultada na ala nascente do claustro, é possível supor que o indivíduo 2015.6 seja a clarissa descrita nesta passagem, e assim fica explicada a sua posição de inumação.



**Figura 12** – Indivíduo 2015.6 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal em posição atípica. (Antunes-Ferreira, 2016)

Relativamente ao espólio encontrado, este é de cariz votivo e não votivo. No primeiro (Figura 13, Figura 14), destaca-se a presença de contas de terço/rosário, crucifixos, medalhas religiosas e ainda restos de armação em ferro à volta do crânio (coroa). No segundo, salienta-se a presença de colchetes de roupa e alfinetes. No mobiliário funerário identificaram-se dois fragmentos de madeira (associados a possível presença de caixão).

Dos quinze indivíduos, em apenas três (2006.1, 2015.7 e 2015.13) não se verificou a presença de espólio votivo associado ao enterramento. Nos outros doze, registaram-se restos de armação em ferro (coroa), sendo que no 2015.1 preservaram-se na cal fragmentos de caule e folhas de planta, junto do crânio, o que sugere a possibilidade da incorporação destas na coroa. Amor Divino (1796-1803) fez uma única referência à existência de coroa de flores e folhas sobre o véu, quando fala acerca da abertura da sepultura da fundadora, a qual será mencionada adiante. Assim, e uma vez que a fundadora foi sepultada com uma coroa, não é surpreendente que tal tenha ocorrido noutras clarissas. Para além deste espólio, verificou-se a existência de outro de cariz votivo em 33,3% dos indivíduos (4/12). No indivíduo 2015.2 identificaram-se contas de terço (pretas, brancas e vermelhas) e um crucifixo na zona das vértebras cervicais e tórax, no 2015.3 uma medalha religiosa sobre o peito, no 2015.4 um crucifixo na zona do peito e no 2015.9 um crucifixo por baixo da 3<sup>a</sup> vértebra torácica. Assim, quando foram sepultados, o primeiro, segundo e último indivíduos muito provavelmente levariam um terço ou colar com crucifixo ou medalha ao pescoço, uma



vez que os membros superiores se encontravam sobre a região abdominal, enquanto o do indivíduo 2015.4 tanto poderia estar ao pescoço ou nas mãos, já que as mesmas se encontravam sobre o peito, entrelaçadas.

Foi registada a presença de alfinetes (espólio não votivo) nos quinze indivíduos, estando estes distribuídos ao longo do esqueleto em todos, exceto no 2015.6, os quais se encontravam apenas junto do crânio. Esta disposição permite inferir que 93,3 % (14/15) dos indivíduos foram amortalhados previamente à inumação, sendo que no 2015.6 estes indícios não são suficientemente conclusivos.



**Figura 13** – Espólio votivo nas inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.  
(Adaptado de Antunes-Ferreira e Cândido, 2017)



**Figura 14** – Espólio votivo (restos de armação em ferro – seta) no indivíduo 2015.5 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.  
(Fonte: Nathalie Antunes-Ferreira)

Marrafa (1996), no estudo de indivíduos do Convento de Aracoelli, verificou que 60% se encontravam com espólio associado, sendo que 46% apresentavam indícios da presença de tecido (possivelmente associado à presença de mortalha) e apenas 20% apresentavam a presença de tiara. Pode-se supor que a tiara identificada nestes indivíduos seja análoga à coroa registada nos indivíduos do presente estudo e seria talvez um rito habitual no enterramento das clarissas. Cardoso (1997) e Lopes (2001) estudaram ambas indivíduos do Convento de Santa Clara-a-Velha, tendo verificado que 55% e 43,5% dos indivíduos, respetivamente, possuíam espólio associado ao enterramento. No espólio votivo destacam a presença de contas, semelhante ao que foi verificado no presente estudo, enquanto no não votivo registaram cordão na zona da cintura, o qual estaria associado ao hábito das clarissas, para além de alfinetes, brincos e anéis (em ouro ou prata). De salientar que estes últimos não foram encontrados nos indivíduos do Convento de Jesus, o que pode indicar sinal de grande humildade perante o Criador ou que os de Santa Clara-a-Velha seriam talvez de famílias mais abastadas.

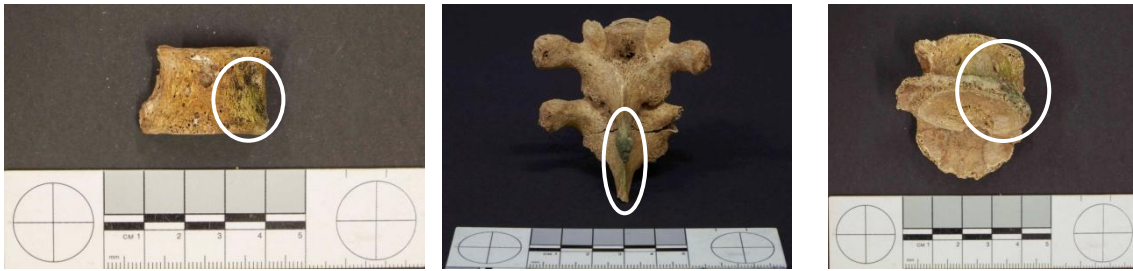
Nos indivíduos das inumações primárias, destaca-se a presença de manchas de cor avermelhada e esverdeada no crânio, correspondentes a contacto com objetos de ferro e cobre, respetivamente (Figura 15), as quais se enquadram nas alterações tafonómicas. Uma vez que foram recuperados restos de armação em ferro (coroa) à volta do crânio, era expectável a presença destas manchas. Para além destas, registaram-se fragmentos de ferro ainda aderentes à tábua externa do crânio (Figura 16). Verificaram-se também manchas de cor esverdeada em algumas vértebras torácicas e lombares, mais uma vez correspondentes ao contacto com objetos contendo cobre (Figura 17), possivelmente colchetes, crucifixos ou alfinetes da mortalha. De salientar que estas alterações tafonómicas foram também observadas nos ossos dos indivíduos das reduções ósseas.



**Figura 15** – Alterações de natureza tafonómica: manchas avermelhadas e esverdeadas nos crânios dos indivíduos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal. Indivíduo 2015.8 em norma superior (esquerda) e posterior (centro); Indivíduo 2015.9. em norma anterior (direita).



**Figura 16** – Fragmentos de ferro (círculos) aderentes ao crânio do indivíduo 2015.5 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal. Norma superior (esquerda) e lateral direita (direita).



**Figura 17** – Vértex dos indivíduos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal. Esquerda - Indivíduo 2015.8: manchas esverdeadas (círculo) na 11ª vértebra torácica, onde foi recolhido um colchete; Centro - Indivíduo 2015.9: manchas esverdeadas (círculo) nas 3ª e 4ª vértebras torácicas, onde foi recolhido um crucifixo; Direita - Indivíduo 2015.10: manchas esverdeadas (círculo) na 10ª vértebra torácica, onde foi recolhido um colchete.

No que respeita à sepultura atribuída a Justa Rodrigues Pereira, localizada na Sala do Capítulo do convento, Antunes-Ferreira (2006) refere que, quando esta foi intervencionada, dela foram recolhidos fragmentos de ossos em desarticulação assim como uma pequena caixa metálica com ossos no seu interior (Figura 18, Figura 19). A caixa apresenta uma dimensão estimada de 16cm x 16cm, uma vez que Neto (2011) não as refere. A análise de todos os ossos permitiu identificar que eram humanos e não humanos. O conteúdo da caixa metálica encontra-se na Tabela 10. Faz-se menção aos restantes ossos recolhidos na sepultura no ponto 3.2.



**Figura 18** – Sepultura da Sala do Capítulo do Convento de Jesus de Setúbal com a caixa metálica recolhida. (Neto, 2011)



**Figura 19** – Ossos removidos da caixa metálica presente na sepultura da Sala do Capítulo do Convento de Jesus de Setúbal. (Antunes-Ferreira, 2006)

**Tabela 10** – Conteúdo da caixa metálica recolhida na sepultura atribuída a Justa Rodrigues Pereira, no Convento de Jesus de Setúbal (Antunes-Ferreira, 2006).

Ossos identificados
4 Fragmento de costela
Fragmento de diáfise de ulna direita
2º metacárpico direito
Diáfise de 4º metacárpico direito
Fragmento de corpo de vértebra cervical
Fragmento de corpo de vértebra torácica

<b>Ossos identificados</b>
Fragmento de sacro
3 esquirolas de diáfise de fíbula
Fragmento de diáfise de fíbula esquerda
Esquírola de osso carbonizado (não identificável se humano)
Duas esquirolas de ossos (não identificável se humano)
Fragmento de diáfise de osso longo (não identificável se humano)
Dois ossos de fauna

Como se pode verificar, na sepultura não se encontrava presente um esqueleto completo, mas apenas alguns fragmentos sendo que é impossível realizar uma identificação, ou seja, não se consegue confirmar se os ossos pertencem à fundadora Justa Rodrigues Pereira.

A caixa metálica identificada na sepultura não tem razão aparente que justifique a sua presença. É referido pelas cronistas Leonor São João (1630) e Ana do Amor Divino (1796-1803) que os ossos da mãe de Justa se encontram enterrados na mesma sepultura que a da fundadora. Isto porque, a pedido desta, os ossos de sua mãe foram trasladados do Convento das domínicas de Abrantes para o de Jesus e foram colocados na sepultura que se encontra no meio da Sala do Capítulo, não existindo informação relativa ao estado em que se encontravam. O que levanta a questão: poderiam os ossos da mãe da Justa ter sido colocados na caixa metálica e esta na sepultura? A resposta é não. Esta caixa encontra-se presente pois a sepultura da fundadora foi aberta por algumas clarissas, estando esta ocorrência descrita na crónica de Amor Divino. Assim, esta atribuiu a ocorrência a Maio de 1750, durante a abadia da Madre Soror Isabel Maria da Visitação. Segundo a mesma autora, a pedido de várias religiosas e acompanhando-as a referida abadessa foi aberta a sepultura da fundadora com o objetivo de a examinar. Às escondidas e ao longo de várias noites, foram desprendendo a lápide que se encontrava sobre a sepultura, descrevendo que quando a conseguiram remover emanava da sepultura um cheiro muito agradável e forte, o qual se espalhou pelo convento, levando as outras religiosas a deslocarem-se até à Sala do Capítulo, ficando toda a comunidade ocorrente do que ali estava a acontecer. Descreve a mesma cronista que as freiras afirmaram ver na sepultura o vulto de uma freira, e todos os detalhes do seu vestuário e, sobre o véu, a coroa de flores e folhas. À superfície da terra observaram-se pequenos ossos dos dedos, os quais foram recolhidos e colocados numa caixa de chumbo pela abadessa (exceto uma falange), na qual se colocou um papel a referir o sucedido. A falange foi guardada pela abadessa e foi admirada como relíquia religiosa

sendo que a última que a teve em sua posse foi a cronista Ana do Amor Divino (1796-1803). Apesar da situação se encontrar algo embelezada, com certeza para mais agradar aos leitores da crónica, a verdade é que a caixa foi recuperada quando a sepultura atribuída à fundadora foi intervencionada e, como tal, esta é justificação para a sua presença.

### 3.2. Paleodemografia

No âmbito da caracterização demográfica da série osteológica foi realizada a diagnose sexual e a estimativa da idade à morte.

A diagnose sexual foi possível em 100% (15/15) dos indivíduos adultos provenientes das inumações primárias, sendo que todos foram identificados como pertencentes ao sexo feminino. Na Tabela A 2 (apêndice) encontram-se os resultados obtidos pelos métodos métricos já referidos.

A análise dos ossos da sepultura atribuída a Justa Rodrigues Pereira não permitiu estabelecer a diagnose sexual, sendo esta indeterminada. De salientar não foi possível analisar os ossos que se encontravam no interior da caixa metálica (uma vez que não foram localizados, como referido no ponto 2.1) e que apenas se observaram os ossos que estavam fora da caixa metálica, os quais eram de número muito reduzido e apresentavam elevada fragmentação (Tabela 11; Figura 20). Atendendo aos dados presentes no relatório antropológico (Antunes-Ferreira, 2006), verifica-se que a análise de todos os ossos permitiu concluir que estava presente pelo menos um indivíduo do sexo feminino, sendo que não é possível confirmar se se tratam dos ossos da fundadora.

**Tabela 11** – Conteúdo da sepultura atribuída à fundadora (fora da caixa metálica) do Convento de Jesus de Setúbal.

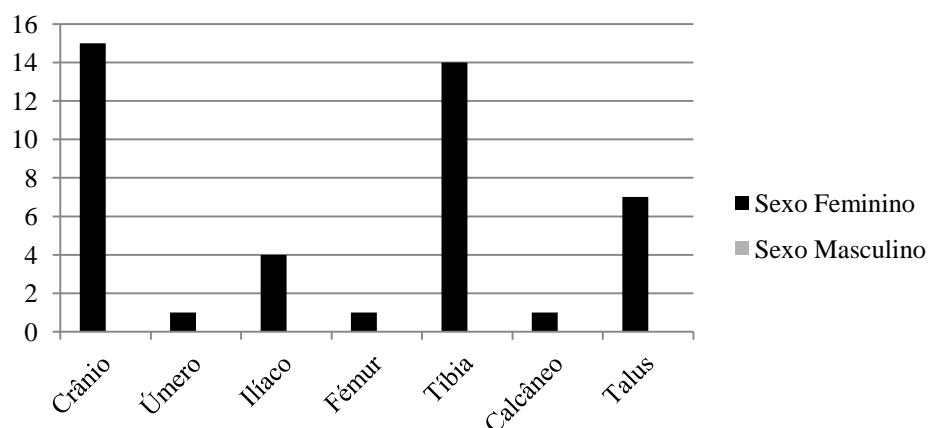
<b>Ossos e outros vestígios identificados</b>
Fragmento de costela
Fragmento de diáfise de falange proximal da mão
Fragmento de íliaco direito (acetábulo e tuberosidade isquiática)
Fragmento de crânio
Fragmento de íliaco
2 fragmentos de diáfise de ossos longos
Fragmento de talus esquerdo
2 fragmentos de fauna
Fragmento de osso não identificado
2 conchas fragmentadas





**Figura 20** – Conteúdo da sepultura atribuída à fundadora (fora da caixa metálica) do Convento de Jesus de Setúbal.

Nas reduções ósseas a diagnose sexual foi possível em 46,9% (15/32) dos indivíduos adultos, verificando-se que estes são do sexo feminino (Figura 21). Os restantes 53,1% (17/32) são indivíduos de sexo indeterminado, uma vez que não foi possível aplicar nenhum dos critérios estabelecidos para a diagnose sexual devido ao seu baixo estado de conservação.



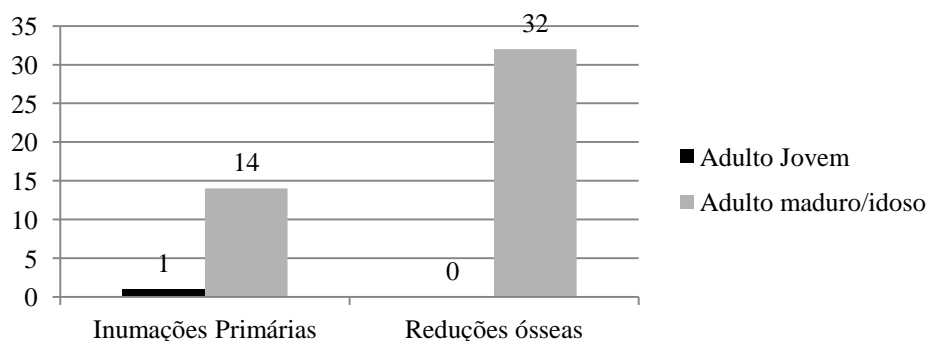
**Figura 21** – Diagnose sexual dos indivíduos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.

Como seria expectável, e dos indivíduos/ossos que permitiram a aplicação de métodos de diagnose sexual, apenas se identificaram indivíduos do sexo feminino, o que vai de encontro ao que se encontra referido nas crónicas conventuais de São João (1630) e Amor Divino (1796-1803) de que apenas as clarissas residentes na clausura eram sepultadas nas alas claustrais. Estes resultados encontram-se também de acordo com os obtidos nos estudos paleobiológicos de outros conventos de clausura femininos da ordem de Santa Clara, a saber Convento de Aracoelli (Marrafa, 1996) e Convento de Santa Clara-a-Velha (Cardoso, 1997 e Lopes, 2001).

Através da estimativa da idade à morte nas inumações primárias identificaram-se 6,7% (1/15) de adultos jovens e 93,3% (14/15) de adultos maduros/idosos (Figura 22). O indivíduo do enterramento 2006.1 é o único adulto jovem das inumações primárias, tendo uma idade compreendida entre 21 e 23 anos, uma vez que a epífise medial da clavícula e a crista ilíaca do osso ilíaco ainda não se encontram fundidas. Segundo Ferembach *et al.* (1980) a primeira ocorre entre os 21 e 24 anos e a segunda entre os 21 e 23 anos nos indivíduos do sexo feminino, o que permitiu assim estimar a idade deste indivíduo.

Nos indivíduos das reduções ósseas, os 32 (100%) foram identificados como adultos maduros/idosos (Figura 22), verificando-se que a união epifisial se encontra completa em todos eles. Foi possível realizar a estimativa da idade à morte a partir da superfície auricular em 18,8% (6/32) e pela sínfise púbica em 12,5% (4/32), os quais foram identificados como adultos maduros/idosos. A estimativa da idade à morte pelo método da 4ª costela foi impraticável nos indivíduos das reduções ósseas, uma vez que foi impossível identificá-la.

Tanto nas inumações primárias como nas reduções ósseas não se identificaram indivíduos não-adultos.



**Figura 22** – Proporção de indivíduos adultos jovens e adultos maduros/idosos nas inumações primárias e reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.

Os óbitos que se encontram registados nas crónicas conventuais analisadas (231) contemplam os anos entre 1499 (ano de falecimento da primeira freira) e 1792 (último registo de óbito presente). Uma das freiras não faleceu no Convento de Jesus, (número 207), uma vez que se encontrava no Convento de São Francisco de Setúbal devido ao terramoto de 1755. Na Tabela 12 constam as idades à morte referidas por Amor Divino (1796-1803), sendo que em 33,1% (76/230) a idade não se encontra mencionada, 3% (7/230) faleceram jovens (com idades inferiores a 25) e 63,9% (147/230) faleceram com

idade superior a 25 anos. Considerando apenas as freiras em que existe alguma menção acerca da sua idade de falecimento, constata-se que 66,2% (102/154) tiveram vidas longas, perecendo com mais de 50 anos.

**Tabela 12** – Idade à morte das clarissas do Convento de Jesus de Setúbal registadas na Crónica Conventual de Ana do Amor Divino (1796-1803).

<b>Idade à morte</b>	<b>Número de freiras</b>
Não mencionada	76
18	2
20/21/22/23/24	5
25 a 29	6
30 a 39	15
40 a 49	24
50 a 59	25
Mais de 60	68
Não era moça nem das mais antigas	2
Faleceu em boa velhice	7

Tanto nos indivíduos das inumações primárias como nos das reduções ósseas, quase a totalidade dos indivíduos se apresentam como adultos maduros/idosos, sendo que apenas um dos indivíduos (2006.1) foi identificado como adulto jovem com idade entre 21 e 23 anos. Nos trabalhos desenvolvidos por Marrafa (1996), Cardoso (1997) e Lopes (2001) observa-se uma predominância de indivíduos com idade à morte superior a 40 anos, verificando-se respetivamente a presença de 52,9%, 66,7% e 61,4% de indivíduos neste intervalo de idades e de 2,9%, 28,6% e 30,0% com idades inferiores a 40 anos. Tal como acontece com as clarissas do Convento de Jesus, os habitantes dos conventos desta ordem viviam geralmente vidas longas na clausura. Cardoso (1997) e Lopes (2001) identificaram ainda a presença de indivíduos não-adultos inumados na clausura (Tabela 13). Atendendo às idades estimadas, pode-se pôr a hipótese de que estes indivíduos tenham entrado para a clausura para serem freiras, uma vez que é referido por Amor Divino (1796-1803) que no Convento de Jesus as mais jovens entraram com 9 anos, o que leva a supor que o mesmo possa ter acontecido no de Santa Clara-a-Velha. Possivelmente as referidas crianças não conseguiram resistir no ambiente rigoroso da vida conventual, acabando por falecer e ser enterradas no seu interior. No presente estudo não foram identificadas crianças, o que não é surpreendente, uma vez que nos registos de óbito disponíveis, os quais já foram referidos, os indivíduos mais jovens faleceram com 18 anos de idade.



**Tabela 13** – Idade dos indivíduos não-adultos identificados nas séries osteológicas analisadas por Cardoso (1996) e Lopes (2001).

<b>Autor</b>	<b>Indivíduo</b>	<b>Idade</b>
Cardoso, 1996	2	9 a 10 anos
	57	7 ± 24 meses e 10 ± 30 meses
Lopes, 2001	2	11 anos ± 30 meses
	57	9 a 10 anos
	64A	9 a 10 anos

### 3.3. Morfologia

No que respeita ao cálculo da estatura, este foi possível em 93,3% (14/15) dos indivíduos das inumações primárias (ver resultados completos em apêndice, Tabela A 3). Não foi realizável no indivíduo 2015.7, uma vez que os seus ossos se encontravam fragmentados e não permitiram a obtenção de nenhum comprimento, quer máximo ou fisiológico.

Atendendo aos resultados presentes na Tabela 14, verifica-se que a estatura mínima foi obtida pelo método de Mendonça (2000) para o fémur (comprimento máximo) e corresponde a  $148,92 \pm 5,96$  cm e a máxima obtida pelo de Cordeiro *et al.* (2009) para o 2º metatársico (comprimento fisiológico) e corresponde a  $165,57 \pm 4,70$  cm.

**Tabela 14** – Estatura média, mínima e máxima dos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal, obtidas pelos métodos de Olivier *et al.* (1978), Mendonça (2000) e Cordeiro *et al.* (2009).

<b>Método</b>	<b>Mendonça, 2000</b>		<b>Olivier <i>et al.</i>, 1978</b>	<b>Cordeiro <i>et al.</i>, 2009</b>	
	<b>Fémur (máx)</b>	<b>Fémur (cf)</b>	<b>Fémur (cf)</b>	<b>1º Metatársico (cf)</b>	<b>2º Metatársico (cf)</b>
Desvio-Padrão	± 5,96	± 5,92	± 6,97	± 4,35	± 4,70
Média	151,88	151,71	153,22	158,97	159,53
Mínima	148,92	149,11	150,90	150,74	155,70
Máxima	156,70	156,88	157,60	165,39	165,57
N	11	11	11	12	10

N - N° de observações realizadas; máx – comprimento máximo; cf – comprimento fisiológico; estatura em cm

O estudo morfológico foi inviabilizado nos ossos da sepultura atribuída à fundadora do convento, uma vez que estes se encontram muito fragmentados, não possibilitando a análise.

Para as reduções ósseas, os resultados do cálculo da estatura encontram-se na Tabela 15 (ver todos os resultados em apêndice, Tabela A 4). Verifica-se que o valor

mínimo foi obtido a partir do comprimento fisiológico do 1º metatársico, que estima uma estatura de  $154,17 \pm 5,52$  cm e que o máximo foi obtido para o mesmo osso, cuja estatura seria de  $162,50 \pm 4,76$  cm.

**Tabela 15** – Estatura média, mínima e máxima dos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal, obtidas pelos métodos de Olivier *et al.* (1978), Mendonça (2000) e Cordeiro *et al.* (2009).

Método	Mendonça, 2000		Olivier <i>et al.</i> , 1978	Cordeiro <i>et al.</i> , 2009	
	Fémur (máx)	Fémur (cf)	Fémur (cf)	1º Metatársico (cf)	2º Metatársico (cf)
Desvio- Padrão	$\pm 5,96$	$\pm 5,92$	$\pm 6,97$	$\pm 5,52$	$\pm 4,76$
Média	155,76	154,21	155,30	157,76	161,90
Mínima	155,76	154,21	155,30	154,17	161,90
Máxima	155,76	154,21	155,30	162,50	161,90
N	1	1	1	7	1

N - Nº de observações realizadas; máx – comprimento máximo; cf – comprimento fisiológico; estatura em cm

Faz-se apenas referência à estatura obtida para o fémur (comprimentos máximo e fisiológico) dos indivíduos das inumações primárias (uma vez que o número de observações é muito mais elevado – 11 – que o das reduções ósseas – 1) pelos métodos de Olivier *et al.* (1978) e de Mendonça (2000), pois foram estes os aplicados pelos trabalhos com os quais se vão efetuar comparações. Não se faz referência aos obtidos por Marrafa (1996) já que os métodos por ela aplicadas são distintos dos que se vem de mencionar. Verifica-se que as clarissas do Convento de Jesus apresentam uma estatura média inferior às obtidas por Cardoso (1996) e Lopes (2001), no entanto as mínimas são superiores (Tabela 16).

**Tabela 16** – Estatura média, mínima e máxima dos indivíduos adultos da série osteológica de Santa Clara-a-Velha (Cardoso, 1997; Lopes, 2001) e do presente estudo, pelos métodos de Olivier *et al.* (1978) e de Mendonça (2000), aplicando o comprimento fisiológico do fémur.

Trabalho	Estatura				Desvio- Padrão	Método
	Média	Mínima	Máxima	N		
Cardoso (1997)	153,45	145,38	162,94	18	$\pm 6,97$	Olivier <i>et al.</i>
Lopes (2001)	154,77	139,58	172,90	36	$\pm 6,97$	Olivier <i>et al.</i>
	153,60	136,00	174,60	36	$\pm 5,96$	Mendonça
Presente estudo	153,23	150,90	157,60	9	$\pm 6,97$	Olivier <i>et al.</i>
	151,61	148,92	156,70	10	$\pm 5,96$	Mendonça

N - Nº de observações realizadas; medidas em cm

Na Tabela 17, observam-se os valores médios, mínimos e máximos dos índices de achatamento e robustez obtidos para os indivíduos das inumações primárias (ver

Tabela A 5 em apêndice). Verifica-se que, tanto no fémur como na tíbia, o valor médio da robustez é inferior ao valor médio estabelecido (fémur=20; tíbia=20-21). Quanto aos índices de achatamento, verifica-se que os fémures apresentam um valor médio eurimérico (entre 85,0 e 99,9) e com pilastro fraco (entre 100,0 e 109,9) e as tíbias apresentam valores médios euricnémicos (> 70,0).

**Tabela 17** – Índices de robustez e achatamento médios, mínimos e máximos, para o fémur e tíbia, nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.

Osso/Índice	Fémur			Tíbia	
	Platimérico	Pilástrico	Robustez	Cnémico	Robustez
Média	96,8	102,7	19,6	70,1	19,1
Mínimo	73,1	86,8	18,2	60,6	17,7
Máximo	119,0	118,6	20,9	81,6	20,4
N	15	1	11	14	6

N - Nº de observações realizadas

Relativamente às reduções ósseas, os resultados obtidos para os índices de achatamento e robustez encontram-se na Tabela 18 (ver apêndice, Tabela A 6). Verifica-se que os valores médios obtidos para os fémures os caracterizam como euriméricos, com pilastro nulo e robustez próxima do valor médio estabelecido e que os valores médios obtidos para as tíbias as qualificam como euricnémicas e com robustez abaixo do valor médio, muito semelhante ao que se verificou nos indivíduos das inumações primárias.

**Tabela 18** – Índices de robustez e achatamento médios, mínimos e máximos, para o fémur e tíbia, nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.

Osso/Índice	Fémur			Tíbia	
	Platimérico	Pilástrico	Robustez	Cnémico	Robustez
Média	95,7	98,1	20,7	72,2	18,5
Mínimo	83,6	98,1	20,7	62,2	18,5
Máximo	128,0	98,1	20,7	97,1	18,5
N	13	1	1	26	1

N - Nº de observações realizadas

Ao comparar os valores obtidos para a série osteológica do Convento de Jesus com os obtidos para as séries de Aracoelli (Marrafa, 1996) e de Santa Clara-a-Velha (Cardoso, 1997; Lopes, 2001), verifica-se que existe uma concordância nos resultados. Assim, quase a totalidade dos índices de robustez revelam que se está na presença de amostras pouco robustas, tal como se verifica no presente estudo; o índice pilástrico

varia maioritariamente entre nulo e fraco e o índice de achatamento do fémur alterna preponderantemente entre eurimérico e estenomérico, sendo este o único valor díspar relativamente à série do Convento de Jesus. No que concerne ao índice de achatamento da tibia, quase a totalidade destas foram também classificadas como euricnémicas pelas autoras dos trabalhos já mencionados. Assim, constata-se que os indivíduos analisados são pouco robustos, sendo que se verifica que indivíduos do sexo feminino são geralmente mais gráceis, mas indica também que possivelmente não realizavam atividades físicas que requeressem muito esforço.

No que respeita aos caracteres discretos cranianos nos indivíduos adultos das inumações primárias (Tabela 19), verifica-se que nos pares os mais frequentes são a ausência de *foramina parietalia*, com 46,2% (6/13) para o lado direito e 53,8 (7/13) para o lado esquerdo e nos ímpares é a sutura supranasal com 41,7% (5/12). Relativamente aos caracteres discretos pós-cranianos (Tabela 20), os mais comuns são a chanfradura *vastus* na patela com 54,5% (6/11) e 38,5% (5/13), a faceta de agachamento lateral na tibia com 41,7% (5/12) e 58,3% (7/12), para os lados direito e esquerdo respetivamente.

**Tabela 19** – Frequência dos caracteres discretos cranianos nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.

<b>Lateralidade</b>	<b>Direito</b>			<b>Esquerdo</b>		
<b>Carácter discreto</b>	<b>n</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ausência de <i>foramina parietalia</i>	6	13	46,2	7	13	53,8
<i>Foramina supra-orbitários</i>	4	12	33,3	5	13	38,5
<i>Foramina infra-orbitários acessórios</i>	0	10	0,0	0	10	0,0
Osso sutural coronal	0	12	0,0	0	12	0,0
Osso sutural sagital	0	9	0,0	0	9	0,0
Osso sutural lambdóide	1	12	8,3	2	12	16,7
<i>Ossiculum no asterion</i>	0	13	0,0	0	13	0,0
<i>Ossiculum no pterion</i>	0	12	0,0	0	12	0,0
<i>Facies articulares bipartite</i>	0	9	0,0	0	9	0,0
<i>Torus palatino</i>	0	11	0,0	0	11	0,0
<i>Foramina mentalia duplos</i>	1	14	7,1	0	14	0,0
Ponte mielohióide	0	14	0,0	0	13	0,0
<i>Torus mandibular</i>	0	14	0,0	0	14	0,0
<b>Lateralidade</b>	<b>Ímpares</b>					
<b>Carácter discreto</b>	<b>n</b>	<b>N</b>	<b>%</b>			
Sutura metópica	0	14	0,0			
Sutura supranasal	5	12	41,7			
<i>Ossiculum no bregma</i>	0	13	0,0			
<i>Ossiculum no lambda</i>	1	12	8,3			

n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas

**Tabela 20** – Frequência dos caracteres discretos pós-cranianos nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.

Lateralidade	Direito			Esquerdo		
	Caracter Discreto	n	N	%	n	N
Forma da faceta do atlas (dupla)	2	14	14,3	2	14	14,3
Ponte posterior	0	14	0,0	1	14	7,1
Ponte lateral	0	14	0,0	0	14	0,0
<i>Foramen</i> transverso bipartido	0	9	0,0	0	9	0,0
<i>Os acromial</i>	0	11	0,0	0	11	0,0
<i>Foramen</i> supra-escapular	1	10	10,0	0	10	0,0
Perfuração do nervo supraclavicular	0	15	0,0	0	15	0,0
Fossa rombóide	0	15	0,0	0	15	0,0
Processo supracondilóide	0	14	0,0	0	14	0,0
Abertura septal	2	14	14,3	4	14	28,6
Prega acetabular	1	14	7,1	1	14	7,1
Fossa de Allen	1	11	9,1	2	12	16,7
Faceta de Poirier	0	8	0,0	0	10	0,0
Placa	0	8	0,0	0	11	0,0
Fossa hipotrocanteriana	0	14	0,0	0	15	0,0
Terceiro trocanter	0	13	0,0	0	13	0,0
Chanfradura <i>vastus</i>	6	11	54,5	5	13	38,5
<i>Patella emarginate</i>	0	11	0,0	0	13	0,0
Faceta de agachamento medial	1	11	9,1	1	12	8,3
Faceta de agachamento lateral	5	12	41,7	7	12	58,3
<i>Os trigonum</i>	0	12	0,0	0	15	0,0
Faceta talar medial	0	12	0,0	0	15	0,0
Extensão talar lateral	1	14	7,1	3	15	20,0
Superfície articular inferior talar	2	13	15,4	3	13	23,1
Faceta dupla anterior	5	12	41,7	5	14	35,7
Faceta anterior ausente	0	13	0,0	1	14	7,1
Tubérculo peronial	2	4	50,0	1	5	20,0

n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas

Nos indivíduos adultos das reduções ósseas, predominam a ausência de *foramina parietalia* e os *foramina* supra-orbitários nos caracteres discretos cranianos (Tabela 21) e nos caracteres discretos pós-cranianos (Tabela 22) a faceta de agachamento lateral na tíbia e a abertura septal no úmero.

**Tabela 21** – Frequência dos caracteres discretos cranianos nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.

Lateralidade	Direito			Esquerdo		
	Carácter discreto	n	N	%	n	N
Ausência de <i>foramina parietalia</i>	7	17	41,2	10	17	58,8
<i>Foramina</i> supra-orbitários	5	14	35,7	4	14	28,6
<i>Foramina</i> infra-orbitários acessórios	0	1	0,0	0	1	0,0

<b>Lateralidade</b>	<b>Direito</b>			<b>Esquerdo</b>		
<b>Carácter discreto</b>	<b>n</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Osso sutural coronal	0	12	0,0	0	12	0,0
Osso sutural sagital	0	13	0,0	0	13	0,0
Osso sutural lambdóide	3	9	33,3	2	10	20,0
<i>Ossiculum no asterion</i>	1	3	33,3	0	2	0,0
<i>Ossiculum no pterion</i>	0	8	0,0	0	8	0,0
<i>Facies articulares bipartite</i>	0	3	0,0	0	3	0,0
<i>Torus palatino</i>	0	3	0,0	0	2	0,0
<i>Foramina mentalia duplos</i>	0	20	0,0	0	14	0,0
Ponte mielohióide	2	11	18,2	0	8	0,0
<i>Torus mandibular</i>	0	23	0,0	0	20	0,0
<b>Lateralidade</b>	<b>Ímpares</b>					
<b>Carácter discreto</b>	<b>n</b>		<b>N</b>		<b>%</b>	
Sutura Metópica	2		19		10,5	
Sutura Supranasal	4		13		30,8	
<i>Ossiculum no bregma</i>	0		11		0,0	
<i>Ossiculum no lambda</i>	0		8		0,0	

n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas

**Tabela 22** – Frequência dos caracteres discretos pós-cranianos nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.

<b>Lateralidade</b>	<b>Direito</b>			<b>Esquerdo</b>		
<b>Caracter Discreto</b>	<b>n</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Forma da faceta do atlas (dupla)	0	6	0,0	0	6	0,0
Ponte posterior	0	6	0,0	0	6	0,0
Ponte lateral	0	6	0,0	0	6	0,0
<i>Foramen</i> transverso bipartido	0	6	0,0	0	6	0,0
<i>Os acromial</i>	0	2	0,0	0	2	0,0
<i>Foramen</i> supra-escapular	0	2	0,0	0	2	0,0
Perfuração do nervo supraclavicular	0	23	0,0	0	12	0,0
Fossa rombóide	1	15	6,7	0	3	0,0
Processo supracondilóide	0	18	0,0	0	19	0,0
Abertura septal	1	9	11,1	3	8	37,5
Prega acetabular	0	4	0,0	0	4	0,0
Fossa de Allen	0	0	0,0	0	3	0,0
Faceta de Poirier	0	0	0,0	0	2	0,0
Placa	0	0	0,0	0	3	0,0
Fossa hipotrocanteriana	0	21	0,0	0	9	0,0
Terceiro trocanter	0	8	0,0	0	6	0,0
Chanfradura <i>vastus</i>	1	3	33,3	0	2	0,0
<i>Patella emarginate</i>	0	3	0,0	0	2	0,0
Faceta de agachamento medial	1	3	33,3	0	2	0,0
Faceta de agachamento lateral	2	3	66,7	2	3	66,7
<i>Os trigonum</i>	0	1	0,0	0	10	0,0
Faceta talar medial	0	2	0,0	0	8	0,0
Extensão talar lateral	0	2	0,0	1	7	14,3
Superfície articular inferior talar	0	2	0,0	0	4	0,0

Lateralidade	Direito			Esquerdo		
	n	N	%	n	N	%
Caracter Discreto						
Faceta dupla anterior	1	5	20,0	0	3	0,0
Faceta anterior ausente	0	6	0,0	0	4	0,0
Tubérculo peronial	0	0	0,0	0	0	0,0

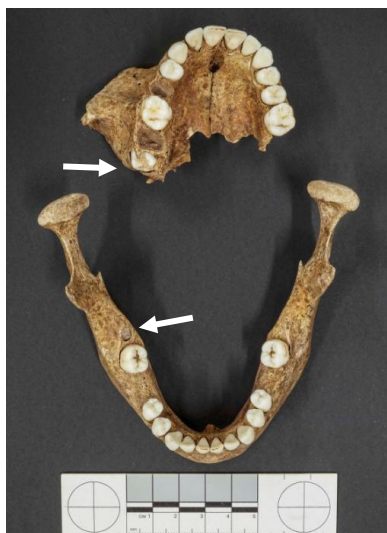
n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas

### 3.4. Paleopatologia

#### Patologia Oral

A análise da patologia oral iniciou-se pela avaliação dos dentes presentes e ausentes, fazendo-se a distinção entre perda de dentes *ante mortem* e *post mortem* através da apreciação dos alvéolos. Assim, foi considerada que a perda de dentes foi *ante mortem* quando o alvéolo se encontra completa ou parcialmente reabsorvido e *post mortem* quando não ocorre remodelação do mesmo.

A perda de dentes foi pesquisada em 14 indivíduos (o indivíduo 2006.3 não possui maxilares). Assim, verificou-se perda de dentes *ante mortem* nos 14 indivíduos das inumações primárias. De seguida foi analisada a frequência de dentes presentes e ausentes, registando-se 206 dentes presentes e 217 dentes ausentes. No indivíduo 2006.1, com idade estimada entre os 21 e 23 anos, verificou-se que o 18 e 48 ainda se encontram a erupcionar, os quais foram contabilizados como presentes (Figura 23).

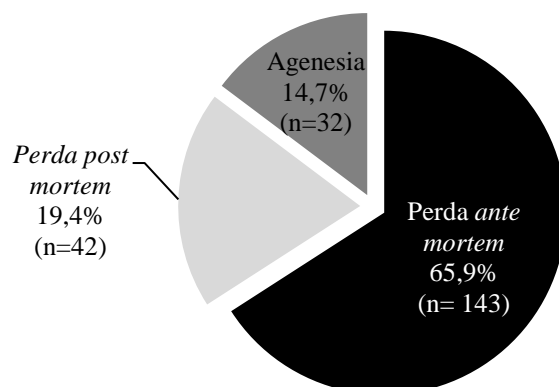


**Figura 23** – Maxilar (norma superior) e mandíbula (norma inferior) do indivíduo 2006.1 do sexo feminino com idade estimada entre os 21 e 23 anos, com dentes ainda a erupcionar (setas), do Convento de Jesus de Setúbal.

Quanto ao motivo para a ausência dos dentes, diferenciaram-se a perda *post mortem*, *ante mortem* e agenesia (Figura 24). Verifica-se que 65,9% (143/217) dos dentes foram perdidos em vida, sendo que 32,2% (46/143) apresentam reabsorção ainda

em processamento e 67,8% (97/143) reabsorção completa do alvéolo. A agenesia do 3º molar verificou-se em 13,8% (30/217), sendo que esta se pode encontrar sobrestimada uma vez que não é possível distinguir nos maxilares entre a agenesia e perda *ante mortem* com reabsorção alveolar completa ou eventual dente no interior do alvéolo.

Para além da agenesia do 3º molar, verificou-se a agenesia dos 1ºs molares superiores no indivíduo 2015.8 (0,9%, 2/217). Podemos considerar que a situação observada no maxilar do indivíduo referido é incomum. A ausência congénita de dentes é considerada uma anomalia de desenvolvimento, a qual afeta mais as mulheres que os homens, sendo que a ocorrência desta nos 1ºs molares superiores permanentes é considerada rara e é mais comum ser unilateral (Polder *et al.*, 2004; Anthonappa *et al.*, 2009; Mallineni *et al.*, 2017). Polder *et al.* (2004) refere que a prevalência da ausência congénita dos 1ºs molares superiores permanentes se situa entre 0,02% e 0,05%, enquanto Mallineni *et al.* (2017) apontam para valores ligeiramente superiores, de 0,2% a 1,5%.

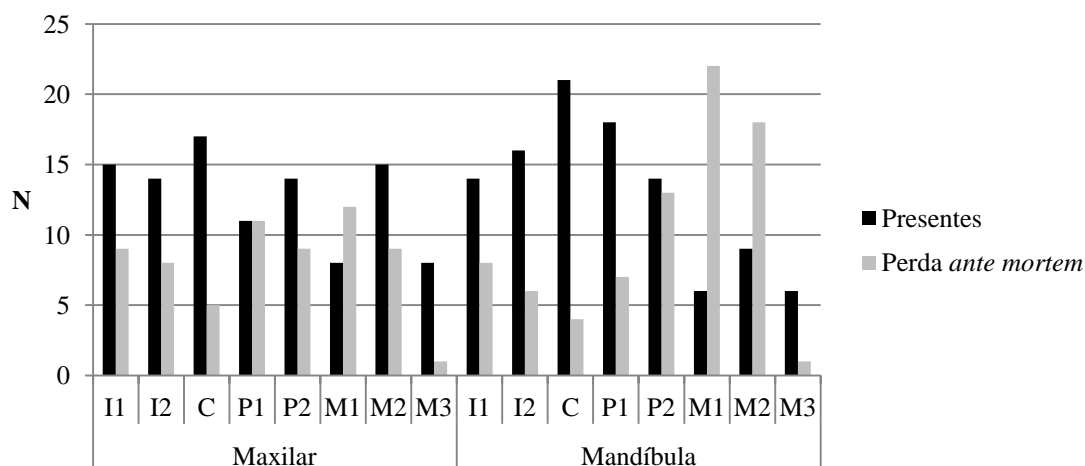


**Figura 24** – Motivos que levaram à ausência de dentes nos maxilares dos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.

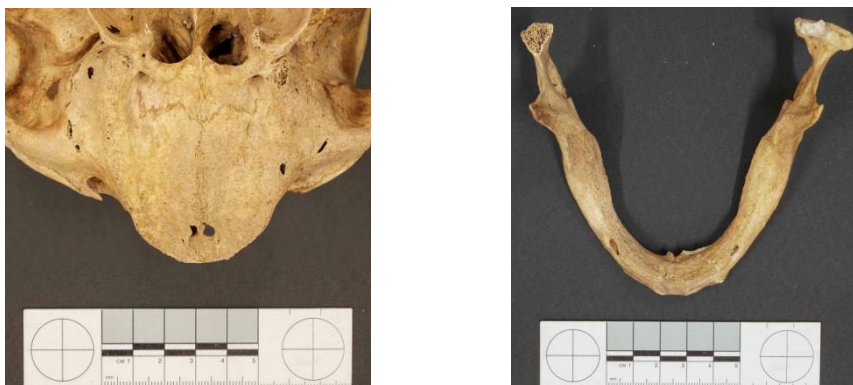
No gráfico da Figura 25 pode ver-se o número de dentes presentes e perdidos *ante mortem* por maxilar e por tipo de dente. Verifica-se que a perda de dentes é superior na mandíbula (79/143) do que no maxilar (64/143) e na dentição posterior do que na dentição anterior. A análise realizada para os 14 indivíduos demonstrou que a perda média de dentes por indivíduo é de 10,2, o número mínimo de dentes perdidos é de zero (indivíduo 2015.2) e o máximo de 28 (indivíduo 2015.6 – Figura 26). O dente mais frequentemente perdido é o 1º molar, tanto na dentição superior como inferior, enquanto o menos é o 3º molar. Isto está relacionado com o facto de o 1º molar ser o primeiro dente da dentição permanente a erupcionar, enquanto o 3º molar é o último



(Liversidge, 2016). Assim, o 1º molar é o dente que apresenta o maior período de exposição aos componentes da dieta, ao processo de mastigação e como tal é dos que apresenta maior probabilidade de ser afetado por cáries e outras patologias, podendo levar à completa destruição do dente e consequente queda do mesmo do alvéolo. O inverso se passa com o 3º molar. Assim, as frequências de perda de dentes *ante mortem* nestes molares não são surpreendentes.



**Figura 25** – Número (N) de dentes presentes e perdidos *ante mortem*, por tipo de dente, nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.

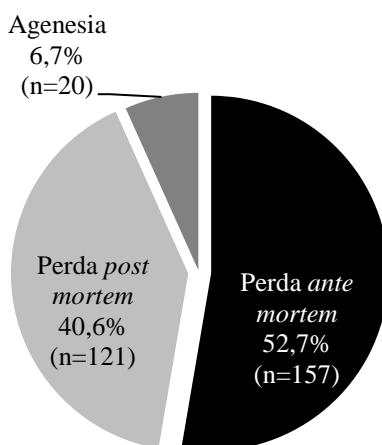


**Figura 26** – Perda *ante mortem* de dentes total no indivíduo adulto do sexo feminino 2015.6 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal. Esquerda: Maxilar, norma inferior; Direita: mandíbula, norma superior.

Para as reduções ósseas foram verificadas a presença e ausência de dentes por posição alveolar e, na ausência de ossos maxilares, foi feita a identificação do dente solto. Observa-se que 57 dentes estão presentes (23 superiores e 34 inferiores) e 298 ausentes.

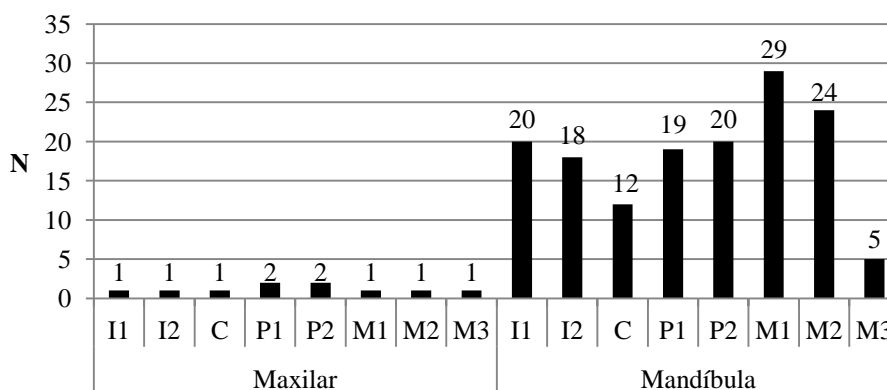
Dos 298 dentes ausentes (Figura 27), observa-se que 157 foram perdidos em vida sendo que em 66,2% (104/157) o alvéolo já se encontra completamente reabsorvido e em 33,8% (53/157) este ainda se encontra em processo de reabsorção. A

agenesia do 3º molar verificou-se em 6,7% (20/298), sendo que como já foi referido se pode encontrar sobrestimada.



**Figura 27** – Motivos que levaram à ausência de dentes nos maxilares dos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.

Pelo gráfico da Figura 28 verifica-se que o dente mais perdido em vida na mandíbula é o primeiro molar e no maxilar são os pré-molares.

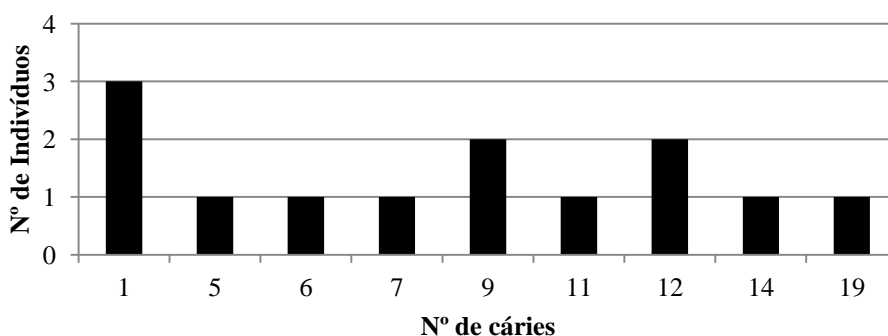


**Figura 28** – Número de dentes perdidos *ante mortem* (N), por tipo de dente, nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.

Comparando os resultados obtidos com o de outras populações conventuais, verifica-se que nos indivíduos do Convento de Santa Clara-a-Velha quase todos apresentam perda de dentes *ante mortem*, tendo Cardoso (1996) registado a sua presença em 94,4% e Lopes (2001) em 91,5%, ou seja, com valores aproximados aos da série em estudo. No entanto, tal não se verifica na série de Aracoelli estudada por Marraffa (1996), na qual apenas 22,8% dos indivíduos apresentam perda de dentes durante a vida. Esta elevada diferença poderá ser causada, por exemplo, por diferenças nas condições de higiene ou alimentação entre os conventos, sugerindo que as do

Convento de Jesus e de Santa Clara-a-Velha seriam mais semelhantes do que as de Aracoelli, uma vez que os resultados são muito aproximados entre os dois primeiros. Para além disso sabe-se que a perda de dentes em vida aumenta com a idade e, uma vez que a maioria dos indivíduos é considerada como adultos maduros/idosos, seria de esperar a elevada frequência desta ocorrência. A presença de cáries é também um fator a considerar, uma vez que estas contribuem para a perda de dentes em vida; as cáries surgem associadas ao tipo de alimentação, as quais se faz referência de seguida (Moynihan e Petersen, 2004).

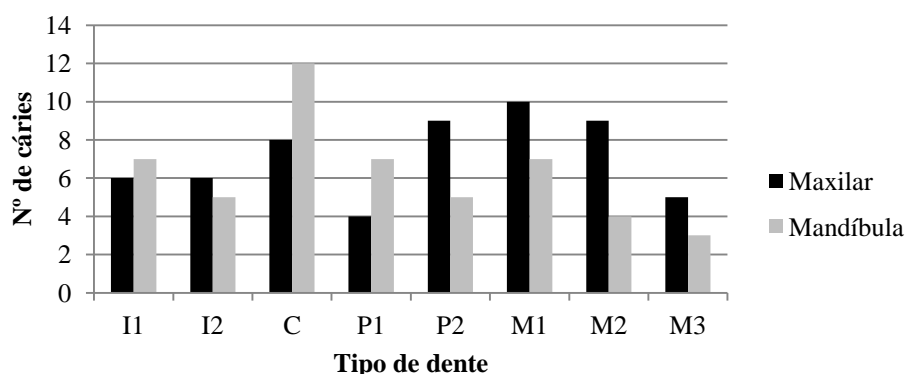
Relativamente à presença de cáries, dos 13 indivíduos provenientes das inumações primárias nos quais foi possível efetuar a pesquisa desta patologia, todos se encontram afetados (indivíduos 2006.3 não possui maxilares e 2015.6 não possui dentes). O número máximo de cáries foi encontrado no indivíduo 2015.11 e foi de 19 (9 maxilares e 10 mandibulares), apresentando ainda 9 dentes perdidos *ante mortem*. No gráfico da Figura 29 encontra-se o número de cáries por indivíduo, sendo que apenas três indivíduos (23,1%) apresentam uma única cárie e os outros 10 (76,9%) apresentam dentições policariadas.



**Figura 29** – Número de cáries por indivíduo nas inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.

Dos 206 dentes analisados, 78 (37,9%) apresentam pelo menos uma lesão cariogénica. No gráfico da Figura 30 encontra-se esquematizada a distribuição das cáries por tipo de dente. Verifica-se que no maxilar os dentes mais cariados são os 1<sup>os</sup> molares e os menos são os 1<sup>os</sup> pré-molares. Já na mandíbula os caninos são os mais afetados por esta patologia enquanto os 3<sup>os</sup> molares são os que apresentam frequências mais baixas. A frequência de perda de dentes *ante mortem* (n=143) encontra-se associada à existência de cáries, uma vez que a progressão desta patologia pela cavitação na coroa e raiz do dente pode levar à sua completa destruição e consequente

perda (Hillson, 1996). Assim, é provável que a ausência de vários dentes tenha sido causada por esta patologia, e assim a frequência desta se encontra subestimada.



**Figura 30** – Número de cáries, por tipo de dente, para ambos os maxilares dos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.

Nas reduções ósseas, dos 57 dentes analisados 24 (42,1%) encontram-se afetados por cáries (Tabela 23). No maxilar, a frequência de cáries é mais elevada na dentição anterior e na mandíbula é mais elevada na dentição posterior.

**Tabela 23** – Frequência de cárie, por tipo de dente, nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.

Dentes	Maxilar			Mandíbula		
	n	N	%	n	N	%
M3	0	2	0,0	1	2	50,0
M2	0	2	0,0	6	8	75,0
M1	0	2	0,0	2	3	66,7
P2	3	4	75,0	3	8	37,5
P1	1	4	25,0	2	3	66,7
Total dentes posteriores	4	14	28,6	14	24	58,3
C	2	6	33,3	3	10	30,0
I2	0	1	0,0	0	0	0,0
I1	1	2	50,0	0	0	0,0
Total dentes anteriores	3	9	33,3	3	10	30,0

n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas

Verifica-se assim que todos os indivíduos das inumações primárias se encontram afetados por cáries, o que vai de encontro aos resultados obtidos por Marrafa (1996), Cardoso (1997) e Lopes (2001), nas quais respetivamente 86,3%, 88,9% e 80,0% dos indivíduos se encontram atingidos por esta patologia. De salientar que em todas estas séries, mais de 50% dos indivíduos possuem uma dentição com mais de três cáries sendo que, nas amostras do Convento de Jesus e de Santa Clava-a-Velha, no indivíduo

com dentição mais cariada, observou-se a presença de 19 e 16 lesões cariogénicas respetivamente. A elevada frequência desta patologia pode ser atribuída a diversos fatores como higiene oral deficiente e a idade avançada dos indivíduos. Também apresenta uma correlação forte com o tipo de alimentação, estando associada a dietas ricas em hidratos de carbono que contenham açúcares e amido (Hillson, 1996).

Gomes (2009) informa que, no que respeita à alimentação, as freiras do Convento de Jesus de Setúbal sempre consumiram mais peixe do que carne, e o consumo de pão era significativo, não só como acompanhamento na refeição, mas como única fonte de alimento durante os jejuns e na prática de castigos. Amor Divino (1796-1803: Tomo I, fl 105v e 106) refere na sua crónica que quando as freiras iniciaram a confeção de doçaria, uma parte era para consumo enquanto outra era para venda: “ [...] recorreu-se a fazer muitos doces [...] parte para fazer disso hum ramo de commercio [...] buscarão receitas de muitas partes; e as Esposas de Jesus estavam feitas confeitadeiras de profissão [...] ”. Para além disso, em 1779, a rainha D. Maria I atribuiu uma pensão anual de 53 arrobas de açúcar (aproximadamente 779kg), o que denota claramente a utilização intensa desta substância (Gomes, 2009). Da parte da doçaria que não era para comércio, o mesmo autor refere que era consumida pelas clarissas, em dias santos, de festa ou na ocasião de mudança de abadessa, outra parte era dada à comunidade de oficiais religiosos associados ao Convento de Jesus e ainda outra era enviada aos padres do Convento de S. Francisco (Setúbal). Gomes (2009:71-72) faz referência aos doces presentes nesses períodos de festa: “*Entre a doçaria, que era muita e decerto bastante açucarada, abundava o arroz doce, os bolos de arrátel (cerca de meio quilo) ou mais de açúcar, confeitos, biscoitos, queijadas e queijadinhas, trouxas-de-ovos, “jarzelins”, bolo preto, covilhetes, bocados e peças de doce de “várias castas” [...] Anotamos dois arrátéis (1 quilo) de amêndoas, a cada religiosa, em dia de S. Francisco, alguma marmelada [...] e aletria doce [...]*”. Podemos então deduzir que a dieta praticada pelas clarissas, sendo ela rica em hidratos de carbono que conjugam o consumo de amido e açúcar, era provavelmente cariogénica, estando intimamente ligada com a elevada frequência de cáries observada nos indivíduos do Convento de Jesus.

O tártaro foi identificado em todos os indivíduos (13/13) das inumações primárias. Verifica-se que 71% (142/200; 6 dentes foram considerados não observáveis) dos dentes apresentam acumulação de placa mineralizada, sendo que no maxilar é mais afetada a dentição posterior, particularmente os 1<sup>os</sup> molares e na mandíbula a dentição anterior, nomeadamente os incisivos centrais e laterais (Tabela 24). Lieverse (1999)

registra que o cálculo dentário é mais significativo na superfície lingual dos incisivos inferiores e na superfície bucal dos 1<sup>os</sup> molares superiores. No presente estudo verificou-se que o tártaro, nos 1<sup>os</sup> molares superiores, encontra-se na superfície bucal em 75% dos dentes e nos incisivos centrais e laterais inferiores na superfície lingual em 75% e 92,3% respetivamente; sendo estes os dentes que apresentavam maior frequência de tártaro e visto que maioritariamente se encontra nas superfícies descritas, verifica-se que está de acordo com o esperado.

**Tabela 24** – Frequência de tártaro, por tipo de dente, nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.

Dentes	Maxilar			Mandíbula		
	n	N	%	n	N	%
M3	6	7	85,7	3	5	60,0
M2	12	14	85,7	6	9	66,7
M1	8	9	88,9	4	6	66,7
P2	8	14	57,1	7	14	50,0
P1	8	11	72,7	11	16	68,8
Total dentes posteriores	42	55	81,1	31	50	62,0
C	11	17	64,7	15	20	75,0
I2	7	13	53,8	13	16	81,3
I1	11	15	73,3	12	14	85,7
Total dentes anteriores	29	45	64,4	40	51	80,0

n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas

Nas reduções ósseas, o tártaro foi pesquisado por tipo de dente, verificando-se que 66,7% (38/57) dos dentes se encontram atingidos (Tabela 25). A dentição posterior é a mais afetada em ambos os maxilares.

**Tabela 25** – Frequência de tártaro, por tipo de dente, nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.

Dentes	Maxilar			Mandíbula		
	n	N	%	n	N	%
M3	1	2	50,0	2	2	100
M2	2	2	100	5	8	62,5
M1	2	2	100	3	3	100
P2	1	4	25,0	5	8	62,5
P1	2	4	50,0	3	3	100
Total dentes posteriores	8	14	57,1	18	24	75,0
C	3	6	50,0	7	10	70,0
I2	0	1	0,0	0	0	0,0
I1	2	2	100	0	0	0,0
Total dentes anteriores	5	9	55,6	7	10	70,0

n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas

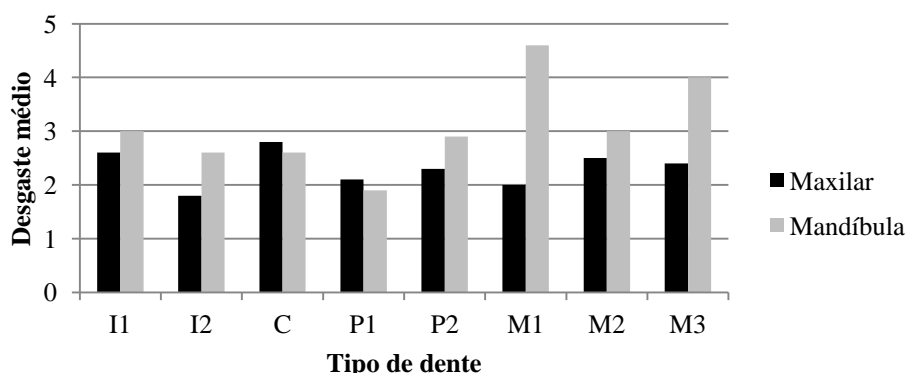
No que concerne ao desgaste dentário, este foi identificado em todos os indivíduos adultos das inumações primárias (13/13) com dentes disponíveis. Na análise por tipo de dente, verifica-se que 79,7% (153/192; 14 dentes com grau 0 – não registável) dos dentes apresentam desgaste oclusal, sendo a dentição anterior mais afetada do que a posterior (Tabela 26). Foram observados todos os graus de severidade de desgaste (ver Tabela A 7).

**Tabela 26** – Frequência de desgaste dentário, por tipo de dente, nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.

Dentes	Maxilar			Mandíbula		
	n	N	%	n	N	%
M3	5	7	71,4	4	4	100
M2	12	15	80,0	7	9	77,8
M1	6	7	85,7	5	5	100
P2	9	12	75,0	12	14	85,7
P1	6	10	60,0	10	16	62,5
Total dentes posteriores	38	51	74,5	38	48	79,2
C	12	16	75,0	15	20	75,0
I2	9	13	69,2	16	16	100
I1	14	14	100	14	14	100
Total dentes anteriores	35	43	81,4	45	50	90,0

n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas

Na Figura 31 pode observar-se o desgaste médio por tipo de dente, verificando-se que no maxilar o canino é o dente que apresenta o valor mais elevado, enquanto na mandíbula é o 1º molar.



**Figura 31** – Desgaste médio, por tipo de dente, nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.

Nas reduções ósseas, o desgaste dentário afeta 78,6% (44/56) dos dentes analisados (Tabela 27). A dentição anterior é a mais atingida, assim como aconteceu

com as inuações primárias. A severidade de desgaste não ultrapassou o grau 5 em nenhum dente analisado (ver Tabela A 8).

**Tabela 27** – Frequência de desgaste dentário, por tipo de dente, nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.

Dentes	Maxilar			Mandíbula		
	n	N	%	n	N	%
M3	0	2	0,0	2	2	100
M2	1	2	50,0	6	7	85,7
M1	2	2	100	3	3	100
P2	2	4	50,0	6	8	75,0
P1	3	4	75,0	3	3	100
Total dentes posteriores	8	14	57,1	20	23	87,0
C	4	6	66,7	9	10	90,0
I2	1	1	100	0	0	0,0
I1	2	2	100	0	0	0,0
Total dentes anteriores	7	9	77,8	9	10	90,0

n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas

Os resultados são semelhantes aos obtidos por Cardoso (1997) e Lopes (2001) no estudo de indivíduos de Santa Clara-a-Velha. Assim, em todos se verifica que o desgaste médio é mais significativo no 1º molar e é superior na mandíbula do que no maxilar. Mais uma vez, o facto de o 1º molar ser o mais afetado pode ser relacionado com o período de erupção (1º dente permanente a erupcionar), como já foi referido. De salientar que o desgaste dentário é um fenómeno complexo e multifatorial, resultando de fatores biológicos, mecânicos e químicos sendo que o seu grau de expressão depende da dieta e da força exercida pelos músculos mastigatórios, entre outros (Lee *et al.*, 2012). Apesar de estar incluído no subcapítulo da patologia oral, o desgaste oclusal não é considerado uma patologia, no entanto a sua presença leva à sensibilização do dente o que aumenta a predisposição para outras patologias. Não se comparou com os resultados de Marrafa (1996) uma vez que no seu estudo foi aplicado o método de Brabant e Sahly (1962).

As hipoplasias lineares do esmalte dentário consistem em defeitos da espessura do esmalte, os quais se apresentam mais comumente como sulcos, resultando de perturbações fisiológicas no período de formação das coroas dentárias (Hillson e Bond, 1997; Bocaege e Hillson, 2016). Estes defeitos foram pesquisados em todos os indivíduos das inuações primárias, verificando-se que 38,5% (5/13) dos adultos as exibem. Na análise por tipo de dente, observa-se que 12,5% (24/192) se encontram



afetados (Tabela 28), sendo que no maxilar o dente mais hipoplásico é o incisivo central e na mandíbula é o canino.

**Tabela 28** – Frequência de hipoplasias lineares do esmalte dentário, por tipo de dente, nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.

Dentes	Maxilar			Mandíbula		
	n	N	%	n	N	%
M3	0	7	0,0	0	4	0,0
M2	0	15	0,0	0	9	0,0
M1	0	7	0,0	0	5	0,0
P2	0	12	0,0	2	14	14,3
P1	0	10	0,0	0	16	0,0
Total dentes posteriores	0	51	0,0	2	48	4,2
C	4	16	25,0	6	20	30,0
I2	1	13	7,7	3	16	18,8
I1	5	14	35,7	3	14	21,4
Total dentes anteriores	10	43	23,3	12	50	24,0

n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas

Nas reduções ósseas, as hipoplasias lineares do esmalte dentário atingem 8,8% (5/57) dos dentes analisados, sendo os caninos os únicos afetados por este defeito (Tabela 29).

**Tabela 29** – Frequência de hipoplasias lineares do esmalte dentário, por tipo de dente, nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.

Dentes	Maxilar			Mandíbula		
	n	N	%	n	N	%
M3	0	2	0,0	0	2	0,0
M2	0	2	0,0	0	8	0,0
M1	0	2	0,0	0	3	0,0
P2	0	4	0,0	0	8	0,0
P1	0	4	0,0	0	3	0,0
Total dentes posteriores	0	14	0,0	0	23	0,0
C	2	6	33,3	3	10	30,0
I2	0	1	0,0	0	0	0,0
I1	0	2	0,0	0	0	0,0
Total dentes anteriores	2	9	22,2	3	10	30,0

n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas

Nos indivíduos do Convento de Aracoelli, Marrafa (1996) registou que em 54,5% se observaram hipoplasias lineares do esmalte dentário; enquanto nos do Convento de Santa Clara-a-Velha Cardoso (1997) assinalou a sua presença em 81,8% e Lopes (2001) em apenas 19,4%. Uma vez que estes defeitos se encontram associados a períodos de perturbação fisiológica na infância, relacionado com trauma durante o

parto, malnutrição, doenças, entre outros (Waldron, 2009), pode-se inferir que de todos os indivíduos, os do Convento de Aracoelli e os de Santa Clara-a-Velha estudados por Cardoso (1997) terão passado por uma infância com mais complicações, as quais se refletem nos seus dentes. De salientar que os dentes anteriores são mais atingidos pelas hipoplasias do que os posteriores, sendo que os considerados mais hipoplásicos são os incisivos superiores e os caninos inferiores, o que se verificou no presente estudo (Wright, 1997; Trefný e Velemínský, 2008).

No que concerne à análise da doença periodontal, nos indivíduos adultos das inumações primárias, verifica-se que 85,7% (252/294) de todos os septos interdentários se incluem na categoria 0 (não registável), o que pode ser atribuído principalmente à elevada perda de dentes *ante mortem* mas também à destruição *post mortem* (Tabela A 9). Para a determinação da doença periodontal, selecionaram-se os indivíduos que apresentassem pelo menos 15 áreas septais interdentárias preservadas o suficiente para a realização de avaliação, segundo as recomendações de Kerr (1998). Atendendo a esta condição, a avaliação da doença periodontal foi efetuada em apenas quatro indivíduos (um adulto jovem e três adultos). Verifica-se que 81,5% (97/119) dos septos se encontram intactos, dos quais 76,3% (74/97) estão saudáveis, 15,5% (15/97) apresentam modificações congruentes com gengivite e apenas 8,2% (8/97) ostentam alterações compatíveis com periodontite (Tabela 30) (ver Tabela A 10). De salientar que o adulto jovem não apresenta doença periodontal e, dos três adultos, um apresenta-se com gengivite e os outros dois com periodontite.

**Tabela 30** – Doença periodontal, por septo interdentário, nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.

Septo interdentário	Maxilar			Mandíbula		
	n	N	%	n	N	%
M3 M2	1	2	50,0	1	4	25,0
M2 M1	2	5	40,0	1	4	25,0
M1 P2	3	8	37,5	2	4	50,0
P2 P1	3	8	37,5	1	6	16,7
P1 C	3	8	37,5	2	7	28,6
Região posterior	12	31	38,7	7	25	28,0
C I2	1	8	12,5	1	8	12,5
I2 I1	0	8	0,0	1	8	12,5
I1 I1	0	4	0,0	1	4	25,0
Região anterior	1	20	5,0	3	20	15,0

n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas

Nos indivíduos adultos das reduções ósseas, a observação das áreas septais interdentárias (Tabela 31) foi possível em 14,3% (42/294), sendo que 69,0% (29/42) das mesmas se encontram saudáveis, 28,6% (12/42) apresentam alterações compatíveis com gengivite e apenas 2,4% (1/42) exibem modificações congruentes com periodontite (Tabela A 11 em apêndice).

**Tabela 31** – Doença periodontal, por septo interdentário, nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.

Septo interdentário	Maxilar			Mandíbula		
	n	N	%	n	N	%
M3 M2	0	0	0,0	2	2	100
M2 M1	1	2	50,0	2	4	50,0
M1 P2	1	2	50,0	1	2	50,0
P2 P1	1	2	50,0	2	11	18,2
P1 C	0	2	0,0	1	5	20,0
Região posterior	3	8	37,5	8	24	33,3
C I2	1	3	33,3	0	2	0,0
I2 I1	0	2	0,0	1	2	50,0
I1 I1	0	1	0,0	0	0	0,0
Região anterior	1	6	16,7	1	4	25,0

n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas

A idade e sexo do indivíduo são fatores a ter em consideração na análise da doença periodontal: assim, a sua presença é mais frequente em indivíduos de idades mais avançadas, sendo mais comum nos homens do que nas mulheres (Hillson, 1996). Nos indivíduos que foi possível realizar a análise, em 50% (2/4) registou-se a presença de periodontite, sendo que no adulto jovem esta estava ausente. Isto parece sugerir a influência da idade na presença da doença periodontal. No entanto, e considerando que dos treze indivíduos apenas foi possível analisar quatro, não se pode afirmar com certeza. Ainda Wasterlain (2006) indica que a doença periodontal pode ser responsável pela perda de dentes *ante mortem*, sendo que esta atinge especialmente os molares, mas que não se deve excluir a possibilidade da perda estar associada a outras patologias (como a cárie) que não a periodontal. No presente estudo, nos indivíduos das inumações primárias, registou-se 65,9% de dentes perdidos *ante mortem* (143/217), existindo a possibilidade de que esta esteja também associada à doença periodontal, não sendo possível afirmar se foi o caso.

Não foram efetuadas comparações com os estudos de Marrafa (1996), Cardoso (1997) e Lopes (2001) uma vez que o método aplicado por estas autoras foi o de Mendonza (1982).

A inflamação periapical não foi identificada em nenhum indivíduo, quer das inumações primárias quer das reduções ósseas.

Verificou-se ainda uma anomalia de tamanho e forma, no incisivo lateral superior direito, o qual apresenta forma em cavilha, no indivíduo adulto 2015.2 das inumações primárias. Hua *et al.* (2013) indicam que a prevalência desta anomalia na população europeia é de 1,3%, sendo mais frequente nas mulheres. Os mesmos autores referem ainda que a probabilidade de ser unilateral é igual a ser bilateral, sendo que na primeira, ocorre duas vezes mais do lado esquerdo do que do direito.

A partir das informações obtidas, podemos concluir que os indivíduos da série osteológica em estudo se encontram muito atingidos pela patologia oral. Uma grande frequência de cáries, já que os treze indivíduos onde foi possível realizar a pesquisa se encontravam atingidos pela patologia, e um número muito elevado de perda de dentes *ante mortem* – 65,9 % dos 217 dentes ausentes (sendo que possivelmente numerosos dos dentes perdidos em vida tenham sido causados por cáries severas), leva a induzir que estes indivíduos possivelmente realizavam uma higiene oral fraca. Isto aliado à dieta praticada, a qual incluía elevado consumo de pão (rico em amido) e de doces (rico em açúcares) pode explicar a baixa saúde oral destas clarissas. De salientar a influência de fatores como idade, sistema imunitário individual, presença de outras patologias, entre outras, os quais também afetam a frequência de patologia oral.

### **Patologia articular**

Foram observadas as articulações sinoviais do esqueleto apendicular, para verificar a ocorrência de alterações características da patologia degenerativa articular (osteoartrose). Assim, foram analisadas todas as áreas articulares do esqueleto apendicular igualmente como a articulação temporo-mandibular (esqueleto axial).

Nos indivíduos adultos das inumações primárias foi possível pesquisar esta patologia em 100% (15/15), verificando-se que esta se encontra presente em pelo menos uma articulação em 93,3% (14/15) dos indivíduos. O único indivíduo que não apresenta qualquer alteração nas áreas articulares é o adulto jovem (2006.1, 21 a 23 anos de idade). No membro superior, as articulações mais afetadas pela osteoartrose são a da mão (no lado direito) e a acrómio-clavicular (do lado esquerdo) e a menos é a do pulso, enquanto no membro inferior a mais atingida é a do joelho (lado direito) (Figura 32, Figura 33) e a do pé (lado esquerdo) e a menos atingida é a do tornozelo (Tabela 32).

**Tabela 32** – Frequência de osteoartrose nas articulações dos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.

Lateralidade	Direito			Esquerdo		
	n	N	%	n	N	%
Temporo-Mandibular	3	13	23,1	4	9	44,4
Acrómio-clavicular	1	6	16,7	4	9	44,4
Ombro	3	13	23,1	1	12	8,3
Cotovelo	3	13	23,1	3	12	25,0
Pulso	0	11	0,0	1	10	10,0
Mão	4	12	33,3	4	13	30,8
Anca	3	14	21,4	5	15	33,3
Joelho	8	12	66,7	9	15	60,0
Tornozelo	2	13	15,4	1	14	7,1
Pé	5	13	38,5	8	13	61,5

n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas



**Figura 32** – Osteoartrose nas superfícies articulares do joelho esquerdo do indivíduo adulto do sexo feminino 2015.13 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.  
Esquerda: Região articular distal do fêmur, norma inferior; Direita: Região articular proximal da tíbia, norma superior.



**Figura 33** – Osteoartrose nas superfícies articulares do joelho direito do indivíduo adulto do sexo feminino 2015.10 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.  
Direita: Região articular da patela, norma posterior. Esquerda: Região articular distal do fêmur, norma inferior.

No que concerne à pesquisa da osteoartrose nos indivíduos adultos das reduções ósseas, esta foi inviabilizada por articulação, tendo sido feito por área articular, como já foi referido. Assim, verifica-se a presença desta patologia em apenas 5,5% (36/654) das áreas articulares analisadas. Na Tabela 33 encontram-se presentes as áreas articulares que apresentam alterações compatíveis com osteoartrose, sendo que todas as outras (618/654) não apresentavam as modificações necessárias características desta patologia. De salientar que a área articular mais afetada é a do fémur distal e as menos atingidas são as áreas articulares das falanges das mãos e pés.

**Tabela 33** – Frequência de osteoartrose nas áreas articulares dos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.

<b>Osso-Área articular</b>	<b>Lateralidade</b>	<b>n</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Rádio - proximal	Direita	1	10	10,0
Íliaco - acetábulo	Esquerda	1	4	25,0
Fémur - distal	Direita	4	9	44,4
Patela	Direita	1	3	33,3
1º Metacárpico - proximal	Direita	2	7	28,6
1º Metacárpico - proximal	Esquerda	2	6	33,3
1º Metacárpico - distal	Direita	1	7	14,3
1º Metacárpico - distal	Esquerda	2	6	33,3
2º Metacárpico - distal	Esquerda	1	3	33,3
5º Metacárpico - proximal	Direita	1	4	25,0
1º Metatársico - distal	Esquerda	1	8	12,5
3º Metatársico - proximal	Direita	1	7	14,3
5º Metatársico - proximal	Direita	1	5	20,0
Cuneiforme medial - faceta navicular	Direita	1	1	100
Navicular - faceta cuneiforme intermédio	Esquerda	1	5	20,0
Falanges da mão - proximal	Indeterminada	3	76	3,9
Falanges da mão - distal	Indeterminada	8	97	8,2
Falanges do pé - proximal	Indeterminada	1	19	5,3
Falanges do pé - distal	Indeterminada	1	21	4,8

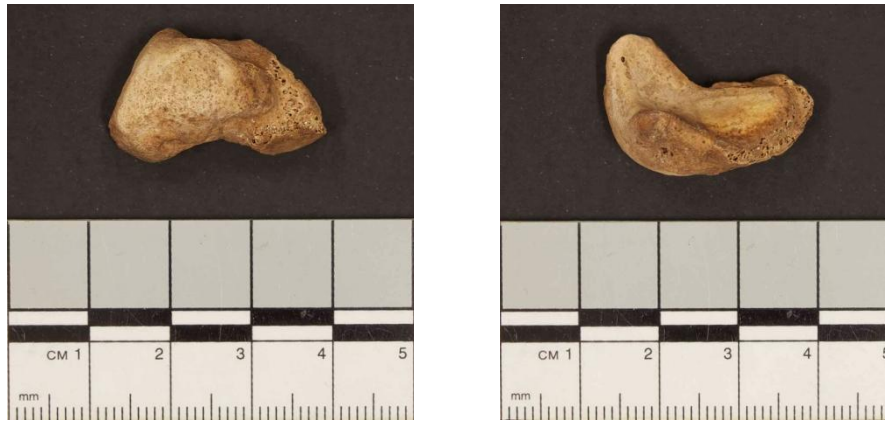
n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas

Os resultados obtidos vêm de encontro ao que já tinha sido observado por outros autores. Assim, nos trabalhos desenvolvidos por Marrafa (1996), Cardoso (1997) e Lopes (2001), verifica-se que mais de 50% dos indivíduos analisados apresentam alterações congruentes com osteoartrose (58,8%, 61,9% e 78,6% respetivamente). Na presente investigação, assim como na de Marrafa (1996) e na de Lopes (2001), verifica-se que as articulações mais afetadas são as dos membros inferiores, o que por um lado já seria expectável, uma vez que as clarissas dedicavam grande parte do seu tempo à prática da oração, a qual cumpriam ajoelhadas. Para além disso, vários autores

assinalam que as maiores frequências de osteoartrose ocorrem nas articulações acrómio-clavicular, anca, joelho e pé, sendo na maioria concordante com o que foi observado (Rogers e Waldron, 1995; Waldron, 2009).

De salientar que a osteoartrose é uma das patologias mais comumente observadas, tanto nas populações atuais como pretéritas, sendo de etiologia multifatorial (Rogers e Waldron, 1995; Roberst e Manchester, 2005; Waldron, 2009). Assim, existe uma forte relação entre a idade e a osteoartrose, sendo que a sua frequência aumenta com o avançar da idade, o que se observa no presente estudo, uma vez que esta patologia foi registrada em todos os indivíduos exceto no adulto jovem (Rogers e Waldron, 1995; Waldron, 2009; Allen e Golightly, 2015). Esta patologia afeta mais as mulheres do que os homens, sendo que, não podendo fazer a comparação uma vez que todos os indivíduos são do sexo feminino, verificou-se que 93,3% destes se encontram afetados pela patologia (Rogers e Waldron, 1995; Ortner, 2003; Waldron, 2009; Allen e Golightly, 2015). A obesidade e predisposição genética são exemplos de outros fatores a considerar uma vez que influenciam a presença de osteoartrose (Roberts e Manchester, 2005; Allen e Golightly, 2015).

Foi ainda observada a fusão óssea entre dois ossos do carpo, os lunato e triquetral direitos, no indivíduo 2015.13 das inumações primárias (Figura 34). De referir que não foi possível verificar se seria bilateral, uma vez que os ossos referidos estão ausentes no lado esquerdo (não foram recuperados). Esta ocorrência é muito consistente com o diagnóstico de patologia congénita, a qual já foi descrita por vários autores. Assim, as fusões de ossos do carpo são raras, afetando 0,1% da população europeia, sendo que a lunato-triquetral é a mais comum (90% dos casos) e atinge mais os indivíduos femininos do que masculinos (Aufderheide e Rodríguez-Martín, 1998; Teixeira *et al.*, 2004; DeFazio *et al.*, 2013; Ozyurek *et al.*, 2013; Mespreuve *et al.*, 2015). De referir que não se verificou a presença de osteoartrose nos outros ossos do carpo.



**Figura 34** – Fusão entre os lunato e triquetral direitos do indivíduo adulto do sexo feminino 2015.13 das inuações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.

Por fim, registou-se a fusão óssea bilateral dos talus e calcâneo, no indivíduo 2015.5 das inuações primárias (Figura 35). No que respeita ao diagnóstico diferencial, põe-se a possibilidade de se tratar de um caso de patologia congénita ou de um traumatismo. Considerando que é bilateral e que as áreas articulares se encontram muito simétricas, a probabilidade de ter sido causada por uma situação traumática é inferior a ser congénita. Assim, considera-se que se está perante um caso típico de patologia congénita. Tem-se considerado que apenas 1% da população é afetada pelas fusões entre ossos do tarso, no entanto dois estudos, um numa série cadavérica e outro clínico, apontam para percentagens mais elevadas, pelos 12% a 13% (Schenkel *et al.*, 2010; Lawrence *et al.*, 2014). Das fusões possíveis, as entre o talus e o calcâneo e entre o calcâneo e o navicular são as mais frequentes, representando 90% dos casos (Silva, 2005; Schenkel *et al.*, 2010). A fusão entre o talus e o calcâneo ocorre bilateralmente entre 25% e 50% dos casos e é mais frequente nos indivíduos do sexo masculino (Sartoris e Resnick, 1985; Aufderheide e Rodríguez-Martín, 1998; Hofmann *et al.*, 2010; Schenkel *et al.*, 2010; Lawrence *et al.*, 2014). De salientar que lateral e posteriormente se observa que a fusão não é total, existindo espaço entre os dois ossos, sendo que na investigação de Hofmann *et al.* (2010) se verificou uma situação semelhante. Importante referir também que os restantes ossos do tarso e tíbias apresentam articulações sem a presença de quaisquer alterações.





**Figura 35** – Fusão bilateral entre os talus e calcâneo no indivíduo adulto do sexo feminino 2015.5 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.  
Cima: norma lateral; Baixo: norma medial.

### Alterações de entese

Relativamente às alterações nas regiões não-articulares, foram analisadas oito áreas de entese em cinco ossos.

No que concerne os indivíduos adultos das inumações primárias, a análise foi possível em 100% dos indivíduos (15/15). Verifica-se que as alterações de entese para o lado direito são mais frequentes, na zona 1, na área de inserção do *extensor comum* e, na zona 2, na área de inserção do *triceps brachii*; no lado esquerdo, a mais atingida, na zona 1 e 2, é a área de inserção do *quadriceps femoris* (Tabela 34).

**Tabela 34** – Frequência de alterações de entese nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.

Osso	Entese	Direito						Esquerdo					
		Zona 1			Zona 2			Zona 1			Zona 2		
		n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%
Úmero	<i>supraspinatus</i>	2	9	22,2	6	11	54,5	3	8	37,5	5	10	50,0
	<i>infraspinatus</i>	3	9	33,3	9	11	81,8	3	9	33,3	8	10	80,0
	<i>subscapularis</i>	2	6	33,3	8	12	66,7	3	9	33,3	5	9	55,6
	<i>extensor comum</i>	7	8	87,5	9	13	69,2	5	8	62,5	8	12	66,7
	<i>flexor comum</i>	2	5	40,0	5	9	55,6	0	4	0,0	2	7	28,6
Rádio	<i>biceps brachii</i>	10	13	76,9	11	13	84,6	11	15	73,3	7	15	46,7
Úlna	<i>triceps brachii</i>	2	13	15,4	12	13	92,3	2	14	14,3	12	15	80,0

Osso	Entese	Direito						Esquerdo					
		Zona 1			Zona 2			Zona 1			Zona 2		
		n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%
Patela	<i>quadriceps femoris</i>	7	9	77,8	9	10	90,0	10	12	83,3	13	14	92,9
Calcâneo	<i>triceps surae</i>	3	8	37,5	8	10	80,0	7	9	77,8	9	12	75,0

n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas

Para os indivíduos adultos das reduções ósseas, verifica-se que a área de entese mais afetada do lado direito, nas zonas 1 e 2, é a do *biceps brachii*; no lado esquerdo a mais atingida, na zona 1, é a do *biceps brachii* e, na zona 2, a do *triceps surae* (Tabela 35).

**Tabela 35** – Frequência de alterações de entese nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.

Osso	Entese	Direito						Esquerdo					
		Zona 1			Zona 2			Zona 1			Zona 2		
		n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%
Úmero	<i>supraspinatus</i>	0	2	0,0	1	2	50,0	0	1	0,0	1	1	100
	<i>infraspinatus</i>	0	1	0,0	0	2	0,0	0	1	0,0	0	1	0,0
	<i>subscapularis</i>	0	0	0,0	0	0	0,0	2	2	100	1	2	50,0
	<i>extensor comum</i>	3	3	100	2	2	100	1	3	33,3	1	5	20,0
	<i>flexor comum</i>	1	1	100	0	1	0,0	1	1	100	0	3	0,0
Rádio	<i>biceps brachii</i>	16	17	94,1	15	17	88,2	8	10	80,0	6	12	50,0
Ulna	<i>triceps brachii</i>	6	10	60,0	7	8	87,5	1	6	16,7	4	6	66,7
Patela	<i>quadriceps femoris</i>	3	3	100	2	3	66,7	2	2	100	1	2	50,0
Calcâneo	<i>triceps surae</i>	1	1	100	1	2	50,0	3	4	75,0	3	4	75,0

n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas

Atendendo ao facto de que o método utilizado é muito recente, não foi possível efetuar comparações com as séries osteológicas já referidas, uma vez que na análise das lesões de entese foi aplicado pelos autores dos estudos usados neste discussão a escala desenvolvida por Crubézy (1988).

De salientar no entanto que as lesões identificadas como mais frequentes ocorrem nas áreas de inserção do *extensor comum*, *triceps brachii* e *quadriceps femoris*. Atendendo a que se encontra descrito nas crónicas que as clarissas passavam grande parte do seu tempo a rezar e que durante o período de escola, no refeitório, se encontravam no chão de joelhos com as mãos erguidas, não é surpreendente que estes sejam os locais mais afetados.

## Outras lesões

Foi realizada a análise da superfície óssea, tendo sido observada a presença de deposições de osso novo em 26,7% (4/15) dos indivíduos adultos das inumações primárias. Assim, nos quatro indivíduos (2015.2, 2015.3, 2015.6 e 2015.12) as deposições de osso novo estão localizadas nas costelas (Figura 36) e em um deles observa-se na diáfise do fémur esquerdo (Tabela 36). De salientar que atendendo à distribuição e características da formação de osso novo e do perfil biológico do indivíduo é possível, em alguns casos, a realização de um diagnóstico diferencial. No entanto, tal não foi possível.

**Tabela 36** – Identificação dos ossos e descrição das deposições de osso novo nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.

Indivíduo	Descrição
2015.2	Costelas direitas: uma costela com deposição de osso novo na face visceral, no terço vertebral e no terço esternal; cinco costelas com deposição de osso novo na face visceral, no terço vertebral e no terço medial; quatro costelas com deposição de osso novo na face visceral, no terço vertebral
2015.3	Costela direita: uma costela com deposição de osso novo na face visceral, no terço vertebral
2015.6	Costelas direitas: duas costelas com deposição de osso novo na face visceral, no terço medial; uma costela com deposição de osso novo na face visceral, no terço vertebral. Costelas esquerdas: duas costelas com deposição de osso novo na face visceral, no terço medial.
2015.12	Costela esquerda: uma costela com deposição de osso novo na face visceral, no terço vertebral. Fémur esquerdo: deposição de osso novo em toda a diáfise disponível, tanto lateral como medial

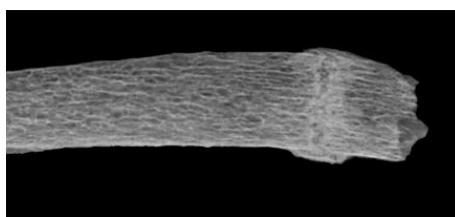


**Figura 36** – Deposição de osso novo na face visceral das costelas (delimitação oval) dos indivíduos adultos de sexo feminino das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal. Esquerda – Indivíduo 2015.3; Direita – Indivíduo 2015.12.

No indivíduo 2015.6, verificou-se a formação de osso novo numa das costelas esquerdas, o qual aparenta ser um calo ósseo, o que ocorre no processo de consolidação de uma fratura, encontrando-se a regeneração ainda ativa no momento da morte (Figura 37). Pela análise radiológica (Figura 38), verifica-se traço de fratura transversal, com os topos alinhados e reação regenerativa do calo ósseo, sem presença de consolidação completa. Assim, este caso pode ser interpretado como típico de uma situação de traumatismo. Uma vez que a regeneração já se tinha iniciado, significa que o indivíduo ainda sobreviveu durante algum tempo após a ocorrência da fratura. De acordo com Matos (2009), a fratura de costelas ocorre significativamente mais em indivíduos de idades avançadas, são frequentemente unilaterais, ocorrendo principalmente do lado esquerdo, e são mais comuns no corpo da costela; o que se encontra de acordo com o que foi observado.



**Figura 37** – Costela esquerda do indivíduo adulto do sexo feminino 2015.6 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal, com formação de osso novo – calo ósseo – na superfície visceral (círculo).



**Figura 38** – Imagem radiológica da costela esquerda do indivíduo adulto feminino 2015.6 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal. Norma lateral.

Observou-se no crânio do indivíduo 2015.13, mais especificamente nos parietais, uma área circular, verificando-se uma ligeira depressão, a qual alterou a continuidade da sutura sagital (apresentando um ligeiro desvio), não tendo afetado a tábua interna (Figura 39). Esta situação é consistente com trauma ou com um processo inflamatório não específico. Neste último, a alteração caracteriza-se como uma

superfície de aspeto grosseiro e cicatrizado, com aparência irregular na tábua externa (Ortner, 2003), o que se assemelha ao que foi observado neste indivíduo.



**Figura 39** – Crânio do indivíduo adulto do sexo feminino 2015.13 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.

Permanecendo na análise da superfície óssea, verificou-se uma projeção óssea (tecido lamelar) de forma arredondada (9x8mm), textura lisa e densa no parietal direito do indivíduo adulto 2015.11 (inumação primária), o qual corresponde ao diagnóstico de osteoma, uma neoplasia benigna (Aufderheide e Rodríguez-Martín, 1998; Ortner, 2003; Roberts e Manchester, 2005).

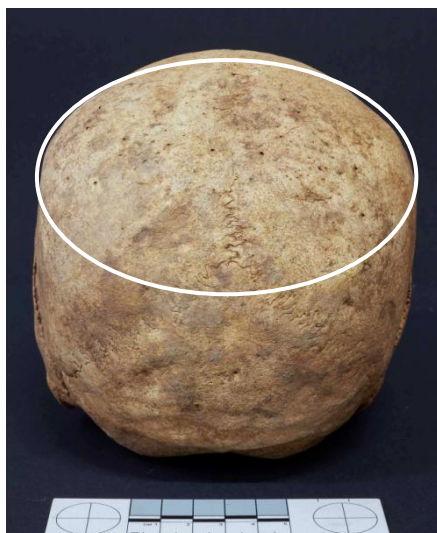
Esta patologia foi também observada em três indivíduos adultos das reduções ósseas, os quais se encontram descritos na Tabela 37.

**Tabela 37** – Descrição dos osteomas nos crânios dos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.

Nº	Ossos	Descrição
CJ/2015/85	Parietal direito	Osteoma circular na superfície lateral com 8,5x8,8mm Osteoma circular na superfície mais anterior com 3,5x4mm
CJ/2015/86	Parietal direito	Osteoma de forma oval junto das suturas lambdóide e sagital com 22,4x17,1mm
CJ/2015/248	Parietal direito	Osteoma de forma oval junto da sutura sagital (e 2,2cm acima da sutura lambdoide) com 10,7x11,1mm

A ocorrência de numerosas lesões porosas na tábua externa da abóbada craniana, muito frequentemente nos parietais, é típica de hiperostose porótica, podendo verificar-se o mesmo tipo de lesões nos tetos das órbitas, denominando-se neste caso por *cribra orbitalia* (Walker *et al.*, 2009; Klaus, 2017). Consideradas como indicadores de stresse

fisiológico, a primeira foi identificada em 14,3% (2/14) dos indivíduos adultos das inumações primárias (Figura 40), em ambos os parietais, enquanto a segunda foi observada em 35,7% (5/14) dos indivíduos. Aplicando a metodologia de Steckel *et al.* (2006), atribuiu-se grau 2 a todas as lesões registadas.



**Figura 40** – Crânio do indivíduo adulto do sexo feminino 2015.1 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal com hiperostose porótica (delimitação oval). Norma posterior.

Relativamente aos indivíduos adultos das reduções ósseas, verificou-se a presença de hiperostose porótica em 7,1% (1/14) dos crânios e em 5% (1/20) dos fragmentos de frontal e parietais isolados analisáveis, aos quais se atribuiu grau 2. A *cribra orbitalia* foi observada em 10% (3/30) de tetos de órbita, também com grau 2.

Nos indivíduos da série de Santa Clara-a-Velha (Cardoso, 1997; Lopes, 2001), verifica-se também a baixa frequência destas alterações no crânio: a hiperostose porótica e a *cribra orbitalia* encontram-se presentes, respetivamente, em 15,8% e 26,3% dos indivíduos analisados por Cardoso e em 9,7% e 21,4% respetivamente dos analisados por Lopes. Assim, conclui-se que em todas as séries osteológicas um número reduzido de indivíduos passou por períodos de stresse fisiológico. Estas alterações têm sido associadas frequentemente a anemias, causadas por deficiência de ferro, seja causada por parasitas, devido a deficiências nutricionais ou ainda hereditárias, como a talassemia (Ortner, 2003; Walker *et al.*, 2009; Rivera e Lahr, 2017). No entanto, vários investigadores estabeleceram outras etiologias, tais como processos inflamatórios, tumores e escorbuto (Ortner, 2003; Rivera e Lahr, 2017). De salientar que a hiperostose porótica e a *cribra orbitalia* não são específicas de nenhuma patologia.



## Coluna vertebral

No que respeita às vértebras, foram observadas as facetas articulares (superiores e inferiores), a apófise odontóide (axis) e a faceta articular para a apófise (atlas) assim como o corpo vertebral. Nas primeiras, para o diagnóstico de osteoartrose, foram aplicados os mesmos critérios usados para as áreas articulares (labiação marginal, porosidade, osteófitos na superfície articular e eburnação), enquanto para a análise do corpo vertebral, considerou-se a doença degenerativa do disco intervertebral quando se verifica porosidade em pelo menos uma das superfícies em conjugação com osteófitos marginais (Waldron, 2009).

Nos indivíduos adultos das inumações primárias, foi possível pesquisar a osteoartrose nas facetas articulares dos 15 indivíduos (100%), enquanto a observação do corpo vertebral foi realizável em 100% nas zonas cervical e torácica e em 66,7% (10/15) na zona lombar. Dos 15 indivíduos analisados, 13 apresentam alterações ósseas (86,7%) correspondentes às patologias referidas. Atendendo à Tabela 38, verifica-se que a zona mais afetada por osteoartrose interapofisária é a cervical e a mais atingida por doença degenerativa do disco intervertebral é a torácica. Observou-se ainda a presença de osteoartrose na apófise odontóide em 50% dos indivíduos analisados e na respetiva faceta articular em 37,5% (Tabela 39).

**Tabela 38** – Frequência de osteoartrose interapofisária e de doença degenerativa do disco intervertebral, por zona vertebral, nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.

Zona vertebral	Osteoartrose Interapofisária			Doença degenerativa do disco		
	n	N	%	n	N	%
Cervical	10	15	66,7	7	15	46,7
Torácica	9	15	60,0	10	15	66,7
Lombar	9	15	60,0	4	10	40,0

n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas

**Tabela 39** – Frequência de osteoartrose na apófise odontóide (axis) e respetiva faceta articular (atlas) nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.

Zona	Osteoartrose		
	n	N	%
Faceta para a apófise odontóide (atlas)	7	14	50,0
Apófise odontóide (axis)	5	14	35,7

n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas

No que respeita às reduções ósseas, a análise foi efetuada por vértebra e não por zona vertebral. Verifica-se que as vértebras mais afetadas por osteoartrose

interapofisária são as cervicais, seguidas das lombares e torácicas enquanto as alterações no corpo vertebral são mais significativas nas lombares, seguidas das torácicas e cervicais (Tabela 40). Registou-se ainda a presença de osteoartrose na apófise odontóide em 42,9% das vértebras analisadas e na faceta articular para a apófise odontóide em 20% (Tabela 41). De realçar que as frequências de osteoartrose e doença degenerativa do disco intervertebral se encontram muito possivelmente subestimadas, uma vez que um número elevado de vértebras se encontrava muito fragmentado, não tendo sido possível proceder à sua análise.

**Tabela 40** – Frequência de osteoartrose interapofisária e de doença degenerativa do disco intervertebral, por vértebra, nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.

Vértebra	Osteoartrose Interapofisária			Doença degenerativa do disco		
	n	N	%	n	N	%
Cervical	17	39	43,6	4	27	14,8
Torácica	3	24	12,5	2	10	20,0
Lombar	5	17	29,4	4	16	25,0

n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas

**Tabela 41** – Frequência de osteoartrose na apófise odontóide (axis) e respetiva faceta articular (atlas) nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.

Zona	Osteoartrose		
	n	N	%
Faceta para a apófise odontóide (atlas)	2	10	20,0
Apófise odontóide (axis)	3	7	42,9

n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas

Comparando os resultados obtidos com outras séries osteológicas estudadas, verifica-se que os indivíduos do Convento de Jesus são os que apresentam maior frequência de osteoartrose interapofisária e de doença degenerativa do disco intervertebral, com 86,7% (13/15) de indivíduos atingidos pelas patologias. São seguidos pelos estudados por Lopes (2001), com 84,3% (43/51) de indivíduos afetados, valor muito próximo do obtido no presente estudo. Os valores registados por Cardoso (1997) e Marrafa (1996) são ambos inferiores aos já mencionados, com frequências respetivas de 65% (13/20) e 58,8% (20/34). No presente estudo, a zona vertebral mais afetada é a torácica, contrariamente ao que se verifica nas séries osteológicas referidas, nas quais a mais atingida é a lombar. É importante salientar que a observação na zona lombar do corpo das vértebras foi exequível num número mais reduzido de indivíduos (relativamente à zona cervical e torácica) do Convento de Jesus e como tal se pode encontrar subestimada.



Observou-se também, nos indivíduos adultos das inumações primárias, a presença de crescimentos ósseos em forma de espículas, na parte interna da lâmina (arcos vertebrais), as quais se denominam espigas laminares e correspondem a ossificações do ligamento amarelo (ou ligamento *flavum*) (Waldron, 2009). Verificou-se que a zona torácica se encontra afetada na totalidade dos indivíduos (15/15), enquanto na lombar atinge apenas 58,3% (7/12) dos indivíduos.

Foram registadas depressões na superfície (superior ou inferior) do corpo vertebral, as quais são típicas de nódulos de Schmorl. Estes são causados pela herniação do núcleo polposo do disco intervertebral, resultando em impressões revestidas por osso cortical (Ortner, 2003; Waldron, 2009; Suby, 2014; Kim e Jang, 2018). Nos indivíduos adultos das inumações primárias verificou-se a presença destes nódulos na zona torácica em 13,3% (2/15) e na zona lombar em 16,7% (2/12).

Nas vértebras das reduções ósseas não se observaram espigas laminares nem nódulos de Schmorl. No entanto, é de salientar que as vértebras se encontravam bastante fragmentadas.

Por fim, observou-se que a 11<sup>a</sup> vértebra torácica do indivíduo 2015.7 das inumações primárias ostenta alterações no corpo da vértebra, o qual se encontra comprimido e em forma de cunha (Figura 41), sendo muito consistente com as características de fratura por compressão (Ortner, 2003; Curate *et al.*, 2016). De salientar que este tipo de fratura geralmente se encontra associado a osteoporose, em mulheres pós-menopáusicas, podendo no entanto estar associada a outras patologias, como infecciosas ou neoplásicas (Roberts e Manchester, 2005; Curate *et al.*, 2016).



**Figura 41** – Fratura na 11<sup>a</sup> vértebra torácica do indivíduo adulto do sexo feminino 2015.7 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal (norma lateral direita).

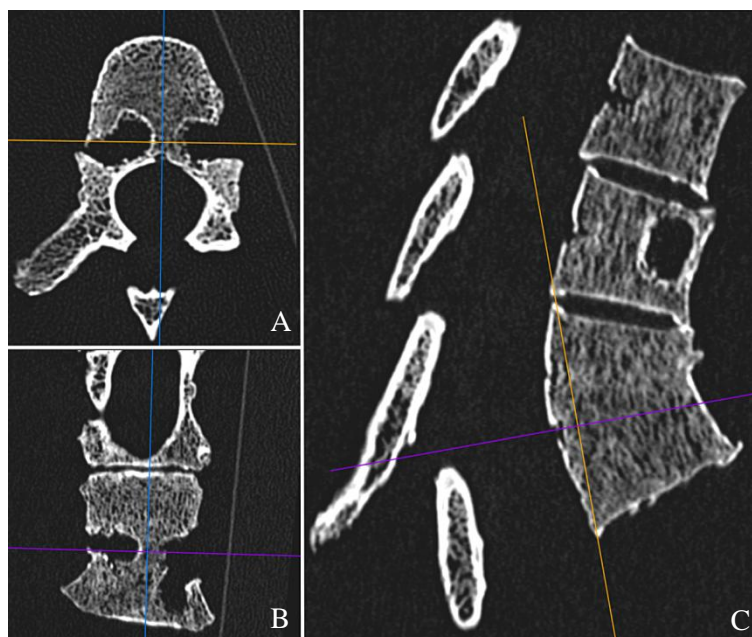
## Casos particulares

### Indivíduo 2015.2

Para além da deposição de osso novo, já referida, observada em 10 das 12 costelas direitas, verificaram-se também alterações em três vértebras torácicas. Na 6ª vértebra torácica, na parte anterior lateral direita, observa-se uma lesão lítica de forma arredondada. Na 7ª vértebra torácica o corpo encontra-se comprimido e em forma de cunha, sendo compatível com uma fratura por compressão. Verificou-se também anquilose entre a 7ª e 8ª vértebras torácicas, as quais ostentam lesões líticas de forma arredondada na parte anterior lateral esquerda. Devido à presença da fratura, a coluna vertebral apresenta uma curvatura anterior acentuada, denominada por cifose (Ortner, 2003) (Figura 42). Atendendo à Figura 43, verifica-se que o padrão lítico, as margens e a ligeira reação esclerótica reativa das lesões associado ao padrão morfológico global e à presença de fusão e gibosidade na coluna vertebral torácica é característico de tuberculose. Apesar de a angulosidade nesta parte da coluna se verificar frequentemente nesta patologia, não é exclusiva dela (Ortner, 2003). Assim, o diagnóstico diferencial de tuberculose é uma das possibilidades, não se podendo no entanto excluir outras como patologias infecciosas ou traumatismo, uma vez que as alterações observadas são também consistentes com estas.



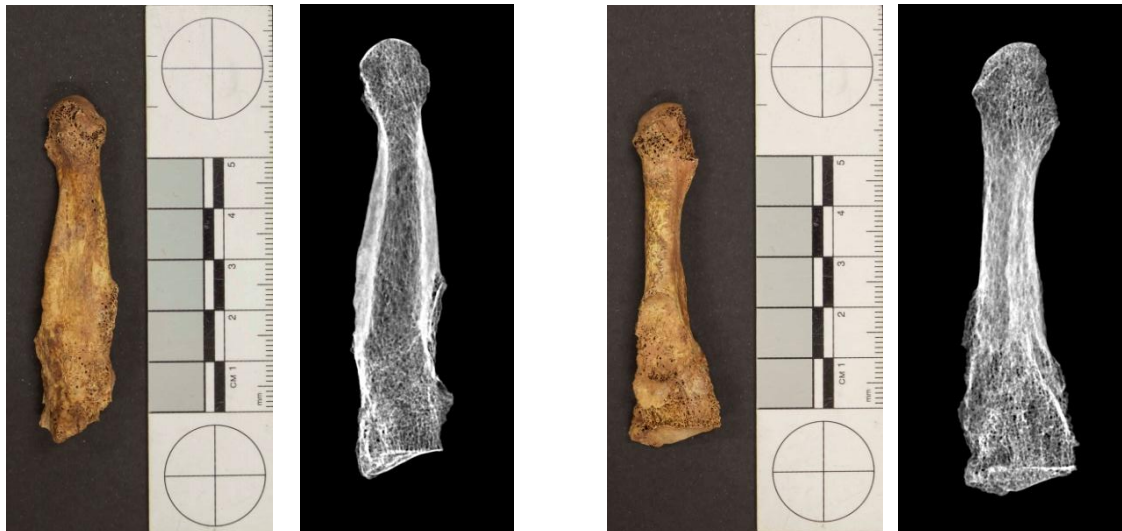
**Figura 42** – Vértebras torácicas do indivíduo adulto do sexo feminino 2015.2 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal (norma lateral direita).



**Figura 43** – TAC da 5ª à 8ª vértebras torácicas do indivíduo do sexo feminino 2015.2 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.  
A. Norma transversal cranial-caudal; B. Plano coronal; C. Norma lateral.

#### Indivíduo 2015.6

Por se encontrar em posição atípica, e não obstante os dados paleopatológicos já referidos, optou-se por destacar este indivíduo para cruzar as informações presentes nas crónicas conventuais com as patológicas com o objetivo de tentar explicar a sua posição. Assim, verificou-se a presença de osteoartrose nas vértebras cervicais, torácicas e lombares; uma das costelas esquerdas apresenta uma fratura ainda em consolidação; três costelas direitas e duas esquerdas com deposição de osso novo na face visceral, no corpo da costela. Observou-se no 4º metatársico esquerdo um crescimento ósseo na superfície plantar, desenvolvendo uma massa anómala e ainda uma faceta articular atípica para o 3º metatársico (Figura 44). Estas alterações podem possivelmente resultar de alguma deformação devida a osteoartrose ou a deslocação do osso.



**Figura 44** – Fotografias e imagens radiológicas do 4º metatársico esquerdo do indivíduo adulto do sexo feminino 2015.6 das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal. Esquerdas: norma inferior; Direitas: norma lateral.

Atendendo às alterações observadas, verifica-se que estas não apresentam severidade suficiente para explicar a posição tendencialmente fetal do indivíduo. Como foi referido anteriormente, encontra-se descrita uma situação na crónica de Amor Divino (1796-1803) que é congruente com a posição deste indivíduo e como tal sugere a possibilidade de se tratar da clarissa Soror Michaela Archangela do Céu. De entre as doenças que esta sofreu durante a sua vida, a mesma cronista refere uma total contração de nervos e músculos que a deixaram paralisada e mais tarde um acidente apoplético, atualmente denominado acidente vascular cerebral, que lhe lesou o lado direito. Daqui se conclui que as patologias que afetaram este indivíduo podem ter-se expressado apenas nos tecidos moles (nervos e músculos), não se manifestando nos ossos.



## 4. Conclusão

Na presente investigação foi estudada a série osteológica do Convento de Jesus de Setúbal, de cronologia delimitada entre 1496 e 1867.

Apesar de este convento já ter sido intervencionado várias vezes, os vestígios osteológicos recuperados ainda não tinham sido estudados.

Foram contabilizados no Convento de Jesus de Setúbal um número mínimo de 47 indivíduos, 15 de inumações primárias e 32 de reduções ósseas, sendo que 30 são do sexo feminino e 17 de sexo indeterminado. Foi possível determinar que apenas um deles era jovem, com idade entre 21 e 23 anos, enquanto todos os outros foram considerados adultos maduros/idosos.

A deteção de uma elevada percentagem de indivíduos com cáries (13/13: 100% dos indivíduos com dentes presentes) aliada a uma elevada perda de dentes *ante mortem* (num dos indivíduos verificou-se a perda total dos dentes em vida) revela uma saúde oral baixa, potencialmente associada ao tipo de alimentação, que incluiria grande consumo de açúcares e pão, o qual é mencionado nos documentos históricos, ainda a uma fraca higiene oral e idade avançada dos indivíduos.

Verificou-se que 93,3% dos indivíduos se encontram afetados por osteoartrose, sendo a articulação do joelho das mais atingidas, a qual se encontra muito provavelmente associada à posição ajoelhada em que as clarissas praticavam as suas orações e nas quais ocupavam a maior parte do seu tempo, conforme narrado por São João (1630) e Amor Divino (1796-1803).

No que respeita ao estudo da antropologia funerária, verifica-se que não existe unanimidade na orientação dos enterramentos, o que pode ter como interpretação que é mais importante ser inumado em solo sagrado do que propriamente respeitar a regra cristã. Associado aos enterramentos, foi encontrado um espólio diversificado, tanto de carácter votivo, como contas de terço, crucifixos, medalha religiosa e restos de armação em ferro, assim como não votivo tal como colchetes e alfinetes. A posição de inumação mais comum é o decúbito dorsal, a qual se observou em 93,3% dos indivíduos.

De destacar o indivíduo 2015.6 inumado numa posição atípica (tendencialmente fetal) a qual, associada com o relato da crónica conventual de Amor Divino (1796-1803), permitem conjecturar a identidade desta clarissa: Soror Michaela Archangela do Céu. Para além deste, foi possível supor a identidade de duas outras clarissas, os indivíduos 2015.7 e 2015.13, devido ao local de enterramento e ao registo das crónicas.

Assim, o primeiro possivelmente será a Soror Isabel Maria da Visitação e a segunda a Soror Teodora Jacinta da Purificação.

Os resultados conseguidos neste trabalho contribuem para o conhecimento da organização do Convento de Jesus e da vida e morte desta comunidade de religiosas da ordem de Santa Clara, tendo uma perspectiva única fornecida pelos documentos históricos.

## 5. Bibliografia

- Allen, K. D.; Golightly, Y. M. 2015. Epidemiology of osteoarthritis: state of the evidence. *Current Opinion in Rheumatology*, 27(3): 276-283.
- Amor Divino, A. M. 1796-1803. *Memórias históricas do Real Convento de Jesus de Setúbal*. Tomo I a IV. Manuscrito.
- Anthonappa, R. P.; Yiun, C. K. Y.; King, N. M. 2009. Agnesis of maxillary permanent first molars: Literature review and two case reports. *Pediatric Dental Journal*, 19 (2): 228-233.
- Antunes-Ferreira, N. 2006. *Relatório do levantamento e estudo antropológico dos esqueletos humanos do Convento de Jesus (Setúbal)*. Setúbal, Museu de Setúbal/Convento de Jesus.
- Antunes-Ferreira, N. 2015. *Antropologia Funerária e Paleobiologia das Populações Pós-Medievais Portuguesas: Os Casos de Nossa Senhora da Anunciada e Espírito Santo*. Tese de doutoramento em Antropologia, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa.
- Antunes-Ferreira, N. 2016. *Relatório da Intervenção Arqueológica na ala nascente do claustro do Convento de Jesus, Setúbal*. Setúbal, Museu de Setúbal/Convento de Jesus.
- Antunes-Ferreira, N.; Cândido, M. J. 2017. A ala nascente do Convento de Jesus de Setúbal: Resultados da intervenção arqueológica de 2015/2016. In: Arnaud, J. M.; Martins, A. (eds) *Arqueologia em Portugal 2017 – Estado da Questão*. 22-26 de Novembro de 2017. Lisboa, Associação dos Arqueólogos Portugueses: 1667-1674.
- Appleby, J.; Thomas, R.; Buikstra, J. 2015. Increasing confidence in paleopathological diagnosis – Application of the Istanbul terminological framework. *International Journal of Paleopathology*, 8:19-21.
- Aufderheide, A. C.; Rodríguez-Martín, C. 1998. *The Cambridge Encyclopedia of Human Paleopathology*. Cambridge, Cambridge University Press.



- Bello, S. M.; Thomann, A.; Signoli, M.; Dutour, O.; Andrews, P. 2006. Age and Sex Bias in the Reconstruction of Past Population Structures. *American Journal of Physical Anthropology*, 129: 24-38.
- Bento, A. C.; Mouro, C.; Pena, H.M. 2018. *Comemorações II Centenário do Nascimento João Carlos de Almeida Carvalho (1817-1897)*. Desdobrável da exposição bibliográfica. Setúbal, Museu de Arqueologia e Etnografia do Distrito de Setúbal (MAEDS).
- Bocaege, E.; Hillson, S. 2016. Disturbances and noise: defining furrow-form enamel hypoplasia. *American Journal of Physical Anthropology*, 161: 744-751.
- Brabant, H.; Sahly, A. 1962. La paleostomatologie en Belgique et en France. *Acta stomatologica Belgica*, 59: 285-355.
- Brickley, M.; Ives, R. 2008. *The Bioarchaeology of Metabolic Bone Disease*. San Diego, Academic Press.
- Brooks, S.; Suchey, J. M. 1990. Skeletal age determination based on the os pubis: A comparison of the Acsádi-Nemeskéri and Suchey-Brooks methods. *Human Evolution*, 5: 227-238.
- Bruzek, J. 2002. A method for visual determination of sex, using the human hip bone. *American Journal of Physical Anthropology*, 117: 157-168.
- 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: 231-239.
- Buikstra, J. E.; Ubelaker, D. H. 1994. *Standards for data collection from human skeletal remains: proceedings of a seminar at the Field Museum of Natural History*. Fayetteville, Arkansas, Arkansas Archeological Survey.
- Buikstra, J. E.; Cook, D. C.; Bolhofner, K. L. 2017. Introduction: Scientific rigor in paleopathology. *International Journal of Paleopathology*, 19: 80-87.
- Buzon, M. R. 2012. The Bioarchaeological Approach to Paleopathology. In: Grauer, A. L. (ed.) *A Companion to Paleopathology*. West Sussex, Blackwell Publishing: 58-75.

- Cardoso, F. A, 1997. *Reviver o passado em Aeminium. Estudo Paleodemográfico e Paleopatológico duma Amostra Antropológica do Convento de Santa Clara-a-Velha*. Relatório de Investigação em Ciências Humanas, Departamento de Antropologia, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra.
- Carvalho, J. C. A. 1840-1897a. *Convento de Jesus: vidas, idades, enfermidades e mortes*. Arquivo Distrital de Setúbal. Manuscrito.
- Carvalho, J. C. A. 1840-1897b. *Justa Rodrigues, Fundadora do Convento de Jesus*. Arquivo Distrital de Setúbal. Manuscrito.
- Carvalho, J. C. A. 1840-1897c. *Admissão de freiras e cerimónias respectivas*. Arquivo Distrital de Setúbal. Manuscrito.
- Carvalho, J. C. A. 1840-1897d. *Prisão e outros castigos no refeitório*. Arquivo Distrital de Setúbal. Manuscrito.
- Carvalho, J. C. A. 1840-1897e. *Convento de Jesus: vidas, idades, enfermidades e mortes*. Arquivo Distrital de Setúbal. Manuscrito.
- Carvalho, J. C. A. 1968. *Acontecimentos, lendas e tradições da Região Setubalense. Volume I: Memórias do autor*. Setúbal, Junta Distrital de Setúbal.
- Carvalho, J. C. A. 1969. *Acontecimentos, lendas e tradições da Região Setubalense. Volume III: Convento de Jesus*. Setúbal, Junta Distrital de Setúbal.
- Cordeiro, C.; Muñoz-Barús, J. I.; Wasterlain, S.; Cunha, E.; Vieira, D. N. 2009. Predicting adult stature from metatarsal length in a Portuguese population. *Forensic Science International*, 193: 131.e1-131.e4.
- Crubézy, E. 1992. De l'anthropologie physique a la paléo-ethnologie funéraire et a la paléo-biologie. *Archéo-Nil: Bulletin de la société pour l'étude des cultures prépharaoniques de la vallée du Nil*: 2: 7-19.
- Crubézy, E. 1998. *Interactions entre Facteurs Bio-culturel, Pathologie et Caractères Discrets. Exemple d'une Population Médiévale: Canac (Aveyron)*. Thèse de doctorat. Faculté de Médecine, Université de Montpellier.

- 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.
- Curate, F.; Silva, T. F.; Cunha, E. 2016. Vertebral Compression Fractures: Towards a Standard Scoring Methodology in Paleopathology. *International Journal of Osteoarchaeology*, 26: 366-372.
- DeFazio, M. V.; Cousins, B. J.; Miversuki Jr., R. A.; Cardoso, R. 2013. Carpal Coalition. *HAND*, 8:157-163.
- Ferembach, D.; Schwidetzky, I.; Stloukal, M. 1980. Recommendations for age and sex diagnoses of skeletons. *Journal of Human Evolution*, 9: 517-549.
- Finnegan, M. 1978. Non-metric variation of the infracranial skeleton. *Journal of Anatomy*, 125:23-27.
- Garcia, S. 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: 273-294.
- Gomes, S. A. 2009. Doces obrigações: o exercício abacial no Mosteiro de Jesus de Setúbal – séculos XVI a XVIII. *Revista de História da Sociedade e a Cultura*, 9: 43-85.
- Hauser, G.; De Stefano, G. F. 1989. *Epigenetic variants of the human skull*. Stuttgart, E. Schweizerbart'sche Verlagsbuchhandlung.
- Henderson, C. Y.; Mariotti, V.; Pany-Kucera, D.; Villote, S.; Wilczak, C. 2016. The New “Coimbra Method”: A Biologically Appropriate Method for Recording Specific Features of Fibrocartilaginous Enthesal Changes. *International Journal of Osteoarchaeology*, 26: 925-932.
- Hillson, S. 1996. *Dental Anthropology*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Hillson, S. 2001. Recording dental caries in archaeological human remains. *International Journal of Osteoarchaeology*, 11: 249-289.

- Hillson, S.; Bond, S. 1997. Relationship of Enamel Hypoplasia to the Pattern of Tooth Crown Growth: A Discussion. *American Journal of Physical Anthropology*, 104: 89-103.
- Hofmann, M. I.; Böni, T.; Rühli, F. J. 2010. Osseous Talocalcaneal Coalition in a Medieval Skeleton (ca. 1050 AD). *International Journal of Osteoarchaeology*, 20: 623-629.
- Hua, F.; He, H.; Ngan, P.; Bouzid, W. 2013. Prevalence of peg-shaped maxillary permanent lateral incisors: A meta-analysis. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 144: 97-109.
- Iscan, M. Y.; Loth, S. R.; Wright, R. K. 1985. Age estimation from the rib phase analysis: white females. *Journal of Forensic Sciences*, 30: 853-863.
- Kerr, N. W. 1988. A method of assessing periodontal status in archaeologically derived skeletal material. *Journal of Paleopathology*, 2: 67-78.
- Kerr, N. W. 1998. Prevalence and natural history of periodontal disease in prehistoric Scots (pre-900AD). *Journal of Periodontal Research*, 33: 131-137.
- Kim, S.; Jang, S. 2018. Dor radicular causada por nódulo de Schmorl: relato de caso. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 68 (3): 322-324.
- Klaus, H. D. 2017. Paleopathological rigor and differential diagnosis: Case studies involving terminology, description, and diagnostic frameworks for scurvy in skeletal remains. *International Journal of Paleopathology*, 19: 96-110.
- Knüsel, C. J. 2014. Crouching in fear: Terms of engagement for funerary remains. *Journal of Social Archaeology*, 14: 26-58.
- Larsen, C. S. 2006. The Changing Face of Bioarchaeology: An Interdisciplinary Science. In: Buikstra, J. E.; Beck, L. A. (eds.) *Bioarchaeology: The contextual analysis of human remains*. San Diego, Academic Press: 359-374.
- Larsen, C. S.; Walker, P. L. 2010. Bioarchaeology: Health, Lifestyle, and Society in Recent Human Evolution. In: Larsen, D. S. (ed.) *A Companion to Biological Anthropology*. West Sussex, Blackwell Publishing: 379-394.

- Lawrence, D. A.; Rolen, M. F.; Haims, A. H. Zayour, Z.; Moukaddam, H. A. 2014. Tarsal Coalitions: Radiographic, CT, and MR Imaging Findings. *Hospital for Special Surgery Journal*, 10: 153-166.
- Lee, A.; He, L. H.; Lyons, K.; Swain, M. V. 2012. Tooth wear and wear investigations in dentistry. *Journal of Oral Rehabilitation*, 29: 217-225.
- Lieverse, A. R. 1999. Diet and the Aetiology of Dental Calculus. *International Journal of Osteoarchaeology*, 9: 219-232.
- Liversidge, H. M. 2016. Tooth Eruption and Timing. In: Irish, J. D.; Scott, G. R. (eds) *A Companion to Dental Anthropology*. West Sussex, John Wiley & Sons, Inc.: 159-171.
- Lopes, C. C. R., 2001. *As Clarissas de Coimbra dos séculos XIV a XVII: Paleobiologia de uma Comunidade Religiosa de Santa Clara-a-Velha*. Dissertação de Mestrado em Evolução Humana, Departamento de Antropologia, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra.
- Lovejoy, C. O.; Meindl, R. S.; Pryzbeck, T. R. Mensforth, R. P. 1985. Chronological metamorphosis of the auricular surface of the ilium: a new method for the determination of adult skeletal age at death. *American Journal of Anthropology*, 68: 15-28.
- Machado, D. B. 1752. *Bibliotheca Lusitana Historica, Critica, e Cronologica*. Tomo III. Lisboa, Oficina de Ignacio Rodrigues.
- Mallineni, S. K.; Maohmmad, A. M.; Patil, A. K.; Kodali, R. P. 2017. Agenesis of the Maxillary Permanent Molars: A Clinical and Radiographic Evaluation of a Rare Case. *Journal of Dentistry Indonesia*, 24 (1): 23-25.
- Marrafa, L. C. S. R. 1996. *Vida e morte no Convento de Aracoelli (Alcácer do Sal) – Séc. XVII a XIX*. Dissertação de Mestrado em Arqueologia, Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho.
- Matos, V. 2009. Broken Ribs: Paleopathological Analysis of Costal Fractures in the Human Identified Skeletal Collection From the Museu Bocage, Lisbon, Portugal

(Late 19<sup>th</sup> to Middle 20<sup>th</sup> Centuries). *American Journal of Physical Anthropology*, 140: 25-38.

McKinley, J. I. 2004. Compiling a skeletal inventory: disarticulated and co-mingled remains. In: Brickley, M.; McKinley, J. I. (eds). *Guidelines to the Standards for Recording Human Remains*. Southampton-Whiteknights, British Association for Biological Anthropology and Osteoarchaeology and Institute of Field Archaeologists: 14-17.

Mendonça, M. C. 2000. Estimation of height from the length of long bones in a Portuguese adult population. *American Journal of Anthropology*, 112: 39-48.

Mendonza, A. 1982. *Les parodontopathies en Préhistoire récente du Languedoc*. Thèse de la Faculté de Chirurgie dentaire de Montpellier.

Mespreuve, M.; Vanhoenacker, F.; Verstraete, K. 2015. Lunotriquetral coalition, a normal variant that may rarely cause ulnar sided wrist pain. *JBR-BTR*, 98: 72-78.

Mitchell, P. D. 2017. Improving the use of historical written sources in paleopathology. *International Journal of Paleopathology*, 19: 88-95.

Moynihan, P.; Petersen, E. 2014. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. *Public Health Nutrition*, 7 (1A): 201-226.

Neto, J. L. 2011. *Relatório da intervenção arqueológica do Convento de Jesus de Setúbal*. Setúbal, Museu de Setúbal.

Olivier, G., Aaron, C., Fully, G., e Tissier, G. (1978). New estimation of stature and cranial capacity in modern man. *Journal of Human Evolution*, 7: 513-518.

Olivier, G.; Demoulin, F. 1984. *Pratique anthropologique à l'usage des étudiants: I-Osteologie*. Paris, Université Paris 7.

Ortner, D. J. 2003. *Identification of pathological conditions in human skeletal remains*. San Diego, Academic Press.

Ozyurek, S.; Guler, F.; Canbora, K.; Kose, O. 2013. Asymptomatic lunotriquetral coalition: an incidental radiographic finding. *BMJ Case Reports* [Online], DOI: 10.1136/bcr-2013-009429.

- Pereira, F. A. B. 1990. *O Museu do Convento de Jesus de Setúbal*. Lisboa, Soctip Editora.
- Polder, B. J.; Van't Hof, M. A.; Van der Linden, F. P. G. M.; Kuijpers-Jagtam, A. M. 2004. A meta-analysis of the prevalence of dental agenesis of permanent teeth. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32: 217-226.
- Rivera, F.; Lahr, M. M. 2017. New evidence suggesting a dissociated etiology for *cribra orbitalia* and porotic hyperostosis. *American Journal of Physical Anthropology*, 164: 76-96.
- Roberts, C.; Manchester, K. 2005. *The Archaeology of Disease*. 3ª Edição. Gloucestershire, The History Press.
- Rogers, J.; Waldron, T. 1995. *A Field Guide to Joint Disease in Archaeology*. West Sussex, John Wiley and Sons.
- São João, L. 1630. *Tratado da antiga e curiosa fundação do Convento de Jesus de Setúbal*. Manuscrito.
- Sartoris, D. J.; Resnick, D. 1985. Tarsal Coalition. *Arthritis and Rheumatism*, 28 (3): 331-338.
- Schenkel, D.; deGraauw, J.; deGraauw, C.; 2010. Talocalcaneal coalition in a 15 year old female basketball player. *Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 54 (4): 222-228.
- Schotsmans, E. M. J.; Fletcher, J. N.; Denton, J.; Janaway, R. C.; Wilson, A. S. 2014. Long-term effects of hydrated lime and quicklime on the decay of human remains using pig cadavers as human body analogues: Field experiments. *Forensic Science International*, 238: 141.e1-141e13.
- 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, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra.
- Silva, A. M. 1995. Sex assessment using the calcaneus and talus. *Antropologia Portuguesa*. 13: 107-119.

- Silva, A. M. 2005. Non-osseous Calcaneonavicular Coalition in the Portuguese Population: Report of Two Cases. *International Journal of Osteoarchaeology*, 15: 449-453.
- Silva, C. T. 1995. *Intervenção arqueológica no claustro do Convento de Jesus - Setúbal (1993-94)*. Setúbal, Museu de Arqueologia e Etnografia do Distrito de Setúbal.
- Silva, C. T. 1999. *Trabalhos Arqueológicos no Convento de Jesus (Setúbal), 1997-1998*. Setúbal, Museu de Arqueologia e Etnografia do Distrito de Setúbal.
- Silva, C. T.; Pereira, F. A. B. 1989. *Convento de Jesus, 500 anos, arqueologia e história*. Setúbal, Câmara Municipal de Setúbal.
- Steckel, R. H.; Larsen, C. S.; Sciulli, P. W.; Walker, P. L. 2006. *The Global History of Health Project: Data collection book*. (Disponível em pdf em: [http://global.sbs.ohio-state.edu/new\\_docs/Codebook-01-24-11-em.pdf](http://global.sbs.ohio-state.edu/new_docs/Codebook-01-24-11-em.pdf)).
- Smith, B. H. 1984. Patterns of molar wear in hunter-gatherers and agriculturalists. *American Journal of Physical Anthropology*, 63: 39-56.
- Suby, J. A. 2014. Nódulos de Schmorl en restos humanos arqueológicos de Patagonia austral. *Magallania*, 42 (1): 135-147.
- Teixeira, L.; Quental, J.; Brito, J.; Néri, A.; Teixeira, J.; Caseiro-Alves, F.; Nascimento, A. 2004. Fusão lunato-triquetral sintomática Caso clínico. *Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia*, 12: 201-205.
- Trefný, P.; Velemínský, P. 2008. Linear Enamel Hypoplasia in an Early Medieval Population of Great Moravia. In: Velemínský, P.; Poláček, L. (eds) *Studien zum Burgwall von Mikulčice VIII*. Brno, Archeologický ústav AV ČR: 141-149.
- Ubelaker, D. H. 1974. *Reconstruction of demographic profiles from ossuary skeletal samples: a case from the Tidewater Potomac*. Washington D.C., Smithsonian institution press.
- Ubelaker, D. H. 1989. *Human skeletal remains: excavation, analysis, interpretation*. 2ª edição. Washington, Taraxacum.
- Waldron, T. 2009. *Palaeopathology*. Cambridge, Cambridge University Press.



- Walker, P. L. 2005. Greater sciatic notch morphology: sex, age, and population differences. *American Journal of Physical Anthropology*, 127: 385-391.
- Walker, P. L. 2008. Sexing skulls using discriminant function analysis of visually assessed traits. *American Journal of Physical Anthropology*, 136: 39-50.
- Walker, P. L.; Bathurst, R. R.; Richman, R.; Gjerdrum, T. Andrushko, V. 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.
- Wasterlain, R. S. N. 2000. *Morphé: análise das proporções entre os membros, dimorfismo sexual e estatura de uma amostra da colecção de esqueletos identificados do Museu Antropológico da Universidade de Coimbra*. Dissertação de Mestrado em Evolução Humana, Departamento de Antropologia, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra.
- Wasterlain, R. S. N. 2006. *'Males' da boca: estudo da patologia oral numa amostra das colecções osteológicas identificadas do Museu Antropológico da Universidade de Coimbra: finais do séc. XIX inícios do séc. XX*. Tese de doutoramento em Antropologia, Departamento de Antropologia, Faculdade de Ciências e Tecnologia de Coimbra.
- Wright, L. E. 1997. Intertooth Patterns of Hypoplasia Expression: Implications for Childhood Health in the Classic Maya Collapse. *American Journal of Physical Anthropology*, 102: 233-247.

## Apêndices

**Tabela A 1** – Número mínimo de indivíduos, por osso, dos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.

	Osso	Direito	Ímpar	Esquerdo	NMI
Crânio	Inteiro	/	0	/	0
	Frontal	/	25	/	25
	Parietal	21	/	18	21
	Temporal	27	/	23	27
	Occipital	/	23	/	23
	Zigomático	16	/	14	16
Maxilares	Maxilar	6	/	7	7
	Mandíbula	/	24	/	24
Vértebras	Atlas	/	10	/	10
	Axis	/	8	/	8
Tórax	Esterno	/	2	/	2
	Manúbrio	/	1	/	1
Cintura escapular	Clavícula	30	/	14	30
	Escápula	14	/	14	14
Membro superior	Úmero	26	/	25	26
	Rádio	30	/	30	30
	Ulna	27	/	22	27
Mão	1º metacárpico	9	/	8	9
	2º metacárpico	6	/	7	7
	3º metacárpico	13	/	8	13
	4º metacárpico	6	/	3	6
	5º metacárpico	6	/	8	8
	Escafóide	1	/	2	2
	Capitato	2	/	0	2
	Triquetral	0	/	0	0
	Pisiforme	0	/	0	0
	Lunato	1	/	0	1
	Trapézio	0	/	1	1
	Trapezóide	0	/	0	0
	Hamato	0	/	1	1
Cintura pélvica	Sacro	/	8	/	8
	Íliaco	14	/	13	14
	Íliaco (superfície auricular)	10	/	8	10
	Íliaco (sínfise púbica)	2	/	5	5
	Íliaco (tuberosidade isquiática)	4	/	6	6
	Cóccix	/	0	/	0
Membro inferior	Fémur	31	/	29	31
	Patela	3	/	2	3
	Tíbia	22	/	32	32
	Fíbula	11	/	6	11
Pé	Calcâneo	8	/	6	8
	<i>Talus</i>	6	/	11	11
	Cubóide	1	/	1	1
	Navicular	1	/	6	6
	Cuneiforme medial	2	/	0	2
	Cuneiforme intermédio	0	/	2	2
	Cuneiforme lateral	0	/	1	1
	1º metatársico	7	/	7	7
	2º metatársico	6	/	3	6
	3º metatársico	6	/	3	6
	4º metatársico	6	/	1	6
5º metatársico	4	/	4	4	

**Tabela A 2** – Resultados obtidos para os indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal relativamente à diagnose sexual aplicando métodos métricos.

Indivíduo	Métodos métricos – Valores obtidos							
	Úmero			Fémur		Tíbia	Talus	Calcâneo
	Diâmetro vertical da cabeça	Diâmetro transverso da cabeça	Largura epicondilar	Diâmetro vertical da cabeça	Diâmetro transverso da cabeça	Diâmetro antero-posterior ao nível do buraco nutritivo	Comprimento máximo	Comprimento máximo
2006.1	37,0	-----	49,4	-----	39,8	26,1	45,1	68,8
2006.3	-----	-----	58,0*	40,8	41,3	30,7	50,1	-----
2015.1	40,8	36,3	50,9	41,8	42,0	27,7	49,9	71,8
2015.2	39,3	35,1*	49,7	40,3	40,1	27,2	50,7	72,3
2015.3	37,4	-----	-----	-----	40,7	26,4	46,8	-----
2015.4	41,8	38,7	49,3	-----	-----	30,2	51,2	-----
2015.5	39,7	38,1	50,4	-----	40,8	32,1	46,7	-----
2015.6	41,8	38,7	49,3	-----	-----	30,2	51,2	-----
2015.7	-----	-----	-----	-----	-----	27,3	50,4	-----
2015.8	37,4	35,5	47,2	27,9*	38,5*	28,2	45,3	-----
2015.9	41,4*	-----	49,7	-----	-----	24,8	50,4	72,5
2015.10	-----	-----	-----	-----	-----	28,1	48,1	71,5*
2015.11	-----	-----	-----	40,7*	39,9	27,7*	45,5	-----
2015.12	41,4	37,7	55,1	-----	-----	-----	-----	-----
2015.13	-----	-----	-----	-----	39,5	26,6	44,7	70,7

\* – medidas tiradas do lado direito; medidas em mm

**Tabela A 3** – Resultados obtidos para os indivíduos adultos das inuações primárias do Convento de Jesus de Setúbal relativamente ao cálculo da estatura.

Método/ Osso  Indivíduo	Mendonça, 2000			Cordeiro <i>et al.</i> , 2009				Olivier <i>et al.</i> , 1978				
	Úmero (máx)	Fémur (cf)	Fémur (máx)	1º Metatársico (máx)	1º Metatársico (cf)	2º Metatársico (máx)	2º Metatársico (cf)	Úmero (máx)	Rádio (máx)	Ulna (máx)	Fémur (cf)	Tíbia (máx)
Desvio- Padrão	± 7,70	± 5,92	± 5,96	± 4,69	± 4,35	± 4,76	± 4,70	± 7,09	± 6,91	± 6,91	± 6,97	± 7,54
2006.1	147,32	150,81	150,80	160,98	162,87	-----	-----	146,00	159,17	159,90	152,36	157,22
2006.3	-----	-----	-----	-----	165,39	-----	165,57	-----	-----	-----	-----	164,12*
2015.1	151,61	153,48	153,87	160,02	159,27	159,70	157,98	150,32	159,59	-----	154,67	158,60
2015.2	151,92	152,99	153,40	158,47*	162,75	161,35*	161,97	150,63	155,87	155,81	155,09	157,91
2015.3	147,32	149,11	149,86	-----	155,19*	-----	-----	146,00	-----	-----	150,90*	-----
2015.4	-----	149,11	148,92	-----	153,27	156,15	155,70	-----	-----	155,81*	150,90	153,31
2015.5	157,74	156,88	156,70	149,97	163,11	164,81	162,91	156,50	161,24	161,13	157,60	161,13
2015.6	149,77	-----	-----	-----	-----	158,88	156,93	148,47	150,91	150,89	-----	-----
2015.7	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
2015.8	153,14	154,45*	154,58*	152,84	150,74	-----	-----	151,87	160,00	159,90*	155,51*	-----
2015.9	152,53*	151,54	152,22	157,87*	157,23*	161,80	159,68	151,25*	154,21	154,17	153,00	-----
2015.10	-----	149,35	149,63	-----	157,59	-----	155,98	-----	-----	-----	151,11	-----
2015.11	-----	149,59	149,39	159,31	159,75	160,98	160,82	-----	157,93*	156,62	151,32	156,30*
2015.12	160,50	-----	-----	-----	160,47	-----	-----	159,28	162,48	165,63*	-----	-----
2015.13	-----	151,54	151,28	-----	-----	159,80	157,79	-----	-----	-----	152,99	156,30*
Média	152,43	151,71	151,88	157,07	158,97	160,43	159,53	151,15	157,93	157,76	153,22	158,11
Mínimo	147,32	149,11	148,92	149,97	150,74	156,15	155,70	146,00	150,91	150,89	150,90	153,31
Máximo	160,50	156,88	156,70	160,98	165,39	164,81	165,57	159,28	162,48	165,63	157,60	164,12
N	9	11	11	7	12	8	10	9	9	9	11	8

N - Nº de observações realizadas; máx – comprimento máximo; cf – comprimento fisiológico; \* - medida para estimativa tirada do lado direito; medidas em cm

**Tabela A 4** – Resultados obtidos para os ossos dos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal relativamente ao cálculo da estatura.

Método/ Osso  Indivíduo	Mendonça, 2000			Cordeiro <i>et al.</i> , 2009			Olivier <i>et al.</i> , 1978			
	Úmero (máx)	Fémur (cf)	Fémur (máx)	1º Metatársico (máx)	1º Metatársico (cf)	2º Metatársico (cf)	Úmero (máx)	Rádio (máx)	Fémur (cf)	Tíbia (máx)
Desvio- Padrão	± 7,70	± 5,92	± 5,96	± 5,37	± 5,52	± 4,76	± 7,09	± 6,91	± 6,97	± 7,54
CJ/2015/7	154,98*	-----	-----	-----	-----	-----	153,72*	-----	-----	-----
CJ/2015/15	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	160,83	-----	-----
CJ/2015/184	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	159,17*	-----	-----
CJ/2015/207	-----	154,21	155,76	-----	-----	-----	-----	-----	155,30	-----
CJ/2015/541	-----	-----	-----	-----	162,50	-----	-----	-----	-----	-----
CJ/2015/542	-----	-----	-----	-----	162,12*	-----	-----	-----	-----	-----
CJ/2015/544	-----	-----	-----	-----	-----	161,90	-----	-----	-----	-----
CJ/2015/747	-----	-----	-----	-----	159,55*	-----	-----	-----	-----	-----
CJ/2015/1536	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	158,60*
CJ/2015/1708	-----	-----	-----	-----	154,68	-----	-----	-----	-----	-----
CJ/2015/1709	-----	-----	-----	152,89*	154,17*	-----	-----	-----	-----	-----
CJ/2015/2362	-----	-----	-----	-----	154,29*	-----	-----	-----	-----	-----
CJ/2015/2364	-----	-----	-----	156,15	157,76	-----	-----	-----	-----	-----
Média	154,98	154,21	155,76	154,52	157,87	161,90	153,72	160,00	155,30	158,60
Mínima	154,98	154,21	155,76	152,89	154,17	161,90	153,72	159,2	155,30	158,60
Máxima	154,98	154,21	155,76	156,15	162,50	161,90	153,72	160,8	155,30	158,60
N	1	1	1	2	7	1	1	2	1	1

N - N° de observações realizadas; máx – comprimento máximo; cf – comprimento fisiológico; \* - medida para estimativa tirada do lado direito; medidas em cm

**Tabela A 5** – Índices de robustez e achatamento, para o fémur e tibia, dos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.

<b>Osso/Índice</b> <b>Indivíduo</b>	<b>Fémur</b>			<b>Tibia</b>	
	<b>Platimérico</b>	<b>Pilástrico</b>	<b>Robustez</b>	<b>Cnémico</b>	<b>Robustez</b>
2006.1	110,9	118,6	20,9	81,6	19,5
2006.3	98,9	-----	-----	66,8	19,8*
2015.1	91,1	98,0	19,6	72,2	18,8
2015.2	91,4	98,8	19,2	68,5	18,1
2015.3	103,4	100,9	19,7*	74,3	-----
2015.4	73,1	86,8	18,2	70,5	17,7
2015.5	119,0	118,6	20,1	62,9	18,2
2015.6	89,3	-----	-----	61,6	-----
2015.7	105,6	-----	-----	75,5	-----
2015.8	88,0	99,6*	18,4*	60,6	-----
2015.9	100,4	102,1	19,5	73,0	-----
2015.10	89,9	96,8	20,7	75,8	19,9
2015.11	90,6	94,9	20,2	65,3	19,1*
2015.12	90,9	-----	-----	-----	-----
2015.13	108,8	114,4	19,2	72,9	20,4*

\* - medidas para cálculo do índice tiradas do lado direito

**Tabela A 6** – Índices de robustez e achatamento, para o fêmur e tíbia, dos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.

<b>Osso/Índice</b> <b>Indivíduo</b>	<b>Fémur</b>			<b>Tíbia</b>	
	<b>Platimérico</b>	<b>Pilástrico</b>	<b>Robustez</b>	<b>Cnémico</b>	<b>Robustez</b>
CJ/2006/39	-----	-----	-----	67,2*	-----
CJ/2006/41	-----	-----	-----	67,0	-----
CJ/2015/31	91,0*	-----	-----	-----	-----
CJ/2015/34	86,8	-----	-----	-----	-----
CJ/2015/41	-----	-----	-----	68,9*	-----
CJ/2015/42	-----	-----	-----	74,7*	-----
CJ/2015/205	86,5*	-----	-----	-----	-----
CJ/2015/207	84,6	98,1	20,7	-----	-----
CJ/2015/214	-----	-----	-----	97,1	-----
CJ/2015/416	-----	-----	-----	71,0*	-----
CJ/2015/597	85,5	-----	-----	-----	-----
CJ/2015/607	-----	-----	-----	81,1	-----
CJ/2015/608	-----	-----	-----	75,4	-----
CJ/2015/773	-----	-----	-----	75,7*	-----
CJ/2015/959	-----	-----	-----	73,7*	-----
CJ/2015/961	-----	-----	-----	66,2	-----
CJ/2015/1050	88,6	-----	-----	-----	-----
CJ/2015/1051	87,9*	-----	-----	-----	-----
CJ/2015/1065	-----	-----	-----	78,8*	-----
CJ/2015/1282	-----	-----	-----	76,0	-----
CJ/2015/1283	-----	-----	-----	62,2	-----
CJ/2015/1284	-----	-----	-----	73,3	-----
CJ/2015/1286	-----	-----	-----	68,1*	-----
CJ/2015/1522	83,6*	-----	-----	-----	-----
CJ/2015/1536	-----	-----	-----	64,9*	18,5*
CJ/2015/1540	-----	-----	-----	71,3	-----
CJ/2015/1746	128,0*	-----	-----	-----	-----
CJ/2015/1754	-----	-----	-----	74,3*	-----
CJ/2015/1833	-----	-----	-----	77,9*	-----
CJ/2015/1834	-----	-----	-----	78,8	-----
CJ/2015/1885	122,7	-----	-----	-----	-----
CJ/2015/1896	-----	-----	-----	65,3*	-----
CJ/2015/1897	-----	-----	-----	69,7*	-----
CJ/2015/1899	-----	-----	-----	64,0	-----
CJ/2015/1900	-----	-----	-----	65,2	-----
CJ/2015/2169	117,6*	-----	-----	-----	-----
CJ/2015/2170	91,0*	-----	-----	-----	-----
CJ/2015/2172	90,2	-----	-----	-----	-----
CJ/2015/2177	-----	-----	-----	69,0	-----

\* - medidas para cálculo do índice tiradas do lado direito

Tabela A 7 – Desgaste dentário, por tipo de dente, nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.

Maxilar	N	Grau 1		Grau 2		Grau 3		Grau 4		Grau 5		Grau 6		Grau 7		Grau 8	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
M3	7	2	28,6	3	42,9	1	14,3	0	0	0	0	1	14,3	0	0	0	0
M2	15	3	20	5	33,3	5	33,3	1	6,7	1	6,7	0	0	0	0	0	0
M1	7	1	14,3	5	71,4	1	14,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P2	12	3	25	4	33,3	3	25	2	16,7	0	0	0	0	0	0	0	0
P1	10	4	40	3	30	1	10	2	20	0	0	0	0	0	0	0	0
Total dentes posteriores	51	13	25,5	20	39,2	11	21,6	5	9,8	1	2	1	2	0	0	0	0
C	16	4	25	5	31,3	2	12,5	2	12,5	2	12,5	0	0	1	6,3	0	0
I2	13	4	30,8	8	61,5	1	7,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I1	14	0	0	9	64,3	2	14,3	3	21,4	0	0	0	0	0	0	0	0
Total dentes anteriores	43	8	18,6	22	51,2	5	11,6	5	11,6	2	4,7	0	0	1	2,3	0	0
Mandíbula	N	Grau 1		Grau 2		Grau 3		Grau 4		Grau 5		Grau 6		Grau 7		Grau 8	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
M3	4	0	0	2	50	0	0	0	0	0	0	2	50	0	0	0	0
M2	9	2	22,2	2	22,2	2	22,2	1	11,1	1	11,1	1	11,1	0	0	0	0
M1	5	0	0	0	0	2	40	1	20	1	20	0	0	0	0	1	20
P2	14	2	14,3	5	35,7	4	28,6	1	7,1	0	0	1	7,1	1	7,1	0	0
P1	16	6	37,5	7	43,8	1	6,3	2	12,5	0	0	0	0	0	0	0	0
Total dentes posteriores	48	10	20,8	16	33,3	9	18,8	5	10,4	2	4,2	4	8,3	1	2,1	1	2,1
C	20	5	25	6	30	4	20	2	10	3	15	0	0	0	0	0	0
I2	16	0	0	12	75	2	12,5	0	0	1	6,3	0	0	1	6,3	0	0
I1	14	0	0	6	42,9	5	35,7	0	0	3	21,4	0	0	0	0	0	0
Total dentes anteriores	50	5	10	24	48	11	22	2	4	7	14	0	0	1	2	0	0

n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas



Tabela A 8 – Desgaste dentário, por tipo de dente, nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.

Maxilar	N	Grau 1		Grau 2		Grau 3		Grau 4		Grau 5		Grau 6		Grau 7		Grau 8	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
M3	2	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
M2	2	1	50	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
M1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0
P2	4	2	50	1	25	0	0	0	0	1	25	0	0	0	0	0	0
P1	4	1	25	1	25	1	25	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0
Total dentes posteriores	14	6	42,9	2	14,3	2	14,3	1	7,1	0	0	0	0	0	0	0	0
C	6	2	33,3	3	50	0	0	1	16,7	0	0	0	0	0	0	0	0
I2	1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I1	2	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total dentes anteriores	9	0	0	3	33,3	3	33,3	1	11,1	0	0	0	0	0	0	0	0
Mandíbula	N	Grau 1		Grau 2		Grau 3		Grau 4		Grau 5		Grau 6		Grau 7		Grau 8	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
M3	2	0	0	0	0	1	50	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0
M2	7	1	14,3	4	57,1	2	28,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
M1	3	0	0	2	66,7	0	0	1	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0
P2	8	2	25	0	0	3	37,5	2	25	1	12,5	0	0	0	0	0	0
P1	3	0	0	0	0	2	66,7	1	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0
Total dentes posteriores	23	3	13	6	26,1	8	34,8	5	21,7	0	0	0	0	0	0	0	0
C	10	1	10	5	50	3	30	0	0	1	10	0	0	0	0	0	0
I2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total dentes anteriores	10	1	10	5	50	3	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas

**Tabela A 9** – Doença periodontal, por septo interdentário, nos indivíduos adultos das inumações primárias do Convento de Jesus de Setúbal.

Maxilar - Septo Interdentário	N	Categoria 0		Categoria 1		Categoria 2		Categoria 3		Categoria 4		Categoria 5	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
M3 M2	23	18	78,3	2	8,7	2	8,7	0	0	0	0	1	4,3
M2 M1	24	16	66,7	3	12,5	4	16,7	1	4,2	0	0	0	0
M1 PM2	23	15	65,2	5	21,7	2	8,7	0	0	0	0	1	4,3
P2 P1	24	14	58,3	5	20,8	4	16,7	0	0	0	0	1	4,2
P1 C	24	15	62,5	6	25	0	0	0	0	1	4,2	2	8,3
Região posterior	118	78	66,1	21	17,8	12	10,2	1	0,8	1	0,8	5	4,2
C I2	24	15	62,5	7	29,2	1	4,2	0	0	1	4,2	0	0
I2 I1	25	14	56	9	36	2	8	0	0	0	0	0	0
I1 I1	12	7	58,3	4	33,3	1	8,3	0	0	0	0	0	0
Região anterior	61	36	59	20	32,8	4	6,6	0	0	1	1,6	0	0
Total	179	114	63,7	41	22,9	16	8,9	1	0,6	2	1,1	5	2,8
Mandíbula - Septo interdentário	N	Categoria 0		Categoria 1		Categoria 2		Categoria 3		Categoria 4		Categoria 5	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
M3 M2	28	24	85,7	3	10,7	1	3,6	0	0	0	0	0	0
M2 M1	28	24	85,7	3	10,7	1	3,6	0	0	0	0	0	0
M1 PM2	28	22	78,6	3	10,7	3	10,7	0	0	0	0	0	0
P2 P1	28	17	60,7	7	25	4	14,3	0	0	0	0	0	0
P1 C	28	11	39,3	14	50	2	7,1	1	3,6	0	0	0	0
Região posterior	140	98	70	30	21,4	11	7,9	1	0,7	0	0	0	0
C I2	28	15	53,6	9	32,1	4	14,3	0	0	0	0	0	0
I2 I1	28	17	60,7	9	32,1	1	3,6	1	3,6	0	0	0	0
I1 I1	14	9	64,3	4	28,6	1	7,1	0	0	0	0	0	0
Região anterior	70	41	58,6	22	31,4	6	8,6	1	1,4	0	0	0	0
Total	210	139	66,2	52	24,8	17	8,1	2	1	0	0	0	0

n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas

**Tabela A 10** – Doença periodontal, por septo interdentário, nos indivíduos adultos (com pelo menos 15 áreas septais interdentárias analisáveis) das inunções primárias do Convento de Jesus de Setúbal.

Maxilar - Septo Interdentário	N	Categoria 0		Categoria 1		Categoria 2		Categoria 3		Categoria 4		Categoria 5	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
M3 M2	7	5	71,4	1	14,3	0	0	0	0	0	0	1	14,3
M2 M1	8	2	25	3	37,5	2	25	0	0	0	0	0	0
M1 PM2	8	1	12,5	5	62,5	1	12,5	1	12,5	0	0	1	12,5
P2 P1	8	0	0	5	62,5	2	25	0	0	0	0	1	12,5
P1 C	8	0	0	5	62,5	0	0	0	0	1	12,5	2	25
Região posterior	39	8	20,5	19	48,7	5	12,8	1	2,6	1	2,6	5	12,8
C I2	8	0	0	7	87,5	0	0	0	0	1	12,5	0	0
I2 I1	8	0	0	8	100	0	0	0	0	0	0	0	0
I1 I1	4	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Região anterior	20	0	0	19	95	0	0	0	0	1	5	0	0
Total	59	8	13,6	38	64,4	5	8,5	1	1,7	2	3,4	5	8,5
Mandíbula - Septo interdentário	N	Categoria 0		Categoria 1		Categoria 2		Categoria 3		Categoria 4		Categoria 5	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
M3 M2	8	4	50	3	37,5	1	12,5	0	0	0	0	0	0
M2 M1	8	4	50	3	37,5	1	12,5	0	0	0	0	0	0
M1 PM2	8	4	50	2	25	2	25	0	0	0	0	0	0
P2 P1	8	2	25	5	62,5	1	12,5	0	0	0	0	0	0
P1 C	8	0	0	6	75	2	25	0	0	0	0	0	0
Região posterior	40	14	35	19	47,5	7	17,5	0	0	0	0	0	0
C I2	8	0	0	7	87,5	1	12,5	0	0	0	0	0	0
I2 I1	8	0	0	7	87,5	1	12,5	0	0	0	0	0	0
I1 I1	4	0	0	3	75	1	25	0	0	0	0	0	0
Região anterior	20	0	0	17	85	3	15	0	0	0	0	0	0
Total	60	14	23,3	36	60	10	16,7	0	0	0	0	0	0

n - Nº de casos observados; N - Nº total de observações realizadas

**Tabela A 11** – Doença periodontal, por septo interdental, nos indivíduos adultos das reduções ósseas do Convento de Jesus de Setúbal.

Maxilar - Septo Interdental	N	Categoria 0		Categoria 1		Categoria 2		Categoria 3		Categoria 4		Categoria 5	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
M3 M2	3	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
M2 M1	3	1	33,3	1	33,3	1	33,3	0	0	0	0	0	0
M1 PM2	3	1	33,3	1	33,3	1	33,3	0	0	0	0	0	0
P2 P1	5	3	60	1	20	1	20	0	0	0	0	0	0
P1 C	7	5	71,4	2	28,6	0	0	0	0	0	0	0	0
Região posterior	21	13	61,9	5	23,8	3	14,3	0	0	0	0	0	0
C I2	8	5	62,5	2	25	1	12,5	0	0	0	0	0	0
I2 I1	7	5	71,4	2	28,6	0	0	0	0	0	0	0	0
I1 I1	2	1	50	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0
Região anterior	17	11	64,7	5	29,4	1	5,9	0	0	0	0	0	0
Total	38	24	63,2	10	26,3	4	10,5	0	0	0	0	0	0
Mandíbula - Septo interdental	N	Categoria 0		Categoria 1		Categoria 2		Categoria 3		Categoria 4		Categoria 5	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
M3 M2	33	31	93,9	0	0	2	6,1	0	0	0	0	0	0
M2 M1	33	29	87,9	2	6,1	1	3	1	3	0	0	0	0
M1 PM2	32	30	93,8	1	3,1	1	3,1	0	0	0	0	0	0
P2 P1	35	24	68,6	9	25,7	2	5,7	0	0	0	0	0	0
P1 C	35	30	85,7	4	11,4	1	2,9	0	0	0	0	0	0
Região posterior	168	144	85,7	16	9,5	7	4,2	1	0,6	0	0	0	0
C I2	35	33	94,3	2	5,7	0	0	0	0	0	0	0	0
I2 I1	35	33	94,3	1	2,9	1	2,9	0	0	0	0	0	0
I1 I1	18	18	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Região anterior	88	84	95,5	3	3,4	1	1,1	0	0	0	0	0	0
Total	256	228	89,1	19	7,4	8	3,1	1	0,4	0	0	0	0

n - N° de casos observados; N - N° total de observações realizadas