

A MORTALIDADE INFANTIL NO CONCELHO DE PONTA DELGADA NO 1.º QUARTEL DO SÉCULO XX

por
Albertino José Ribeiro Monteiro*

Se, pondo as mãos no fogo, fosse obrigado a citar um índice que melhor represente o conjunto do desenvolvimento económico, social e cultural de um país, eu citaria a mortalidade infantil¹.

A variável demográfica mortalidade deve ser, entendemo-lo, abordada como parte importante da história socio-económica, cultural e das mentalidades, na medida em que há todo um conjunto de factores ligados ao nível de desenvolvimento global das comunidades que são susceptíveis de influenciar o seu comportamento. Esses factores, que numa classificação elementar podemos qualificar como exógenos, contribuem para definir a forma como se nos apresentam os valores relativos a este fenómeno, os quais nos levam então a inferir das condições de mortalidade e, por inerência, das condições de vida num espaço e tempo determinados.

Estes considerandos assumem particular acuidade em se tratando da mortalidade infantil, uma vez que, inerente à estrutura própria do organismo humano nos primeiros tempos de vida, há uma capacidade de defesa face às agressões exteriores pouco desenvolvida, o que torna os indivíduos mais vul-

* Mestre em História Insular e Atlântica (sécs. XV a XX) pela Universidade dos Açores.

¹ Liebermann Hersch, cit. em Alfred Sauvy, *Éléments de Démographie*, Paris, PUF, col. Thémis – Sciences Sociales, 1976.

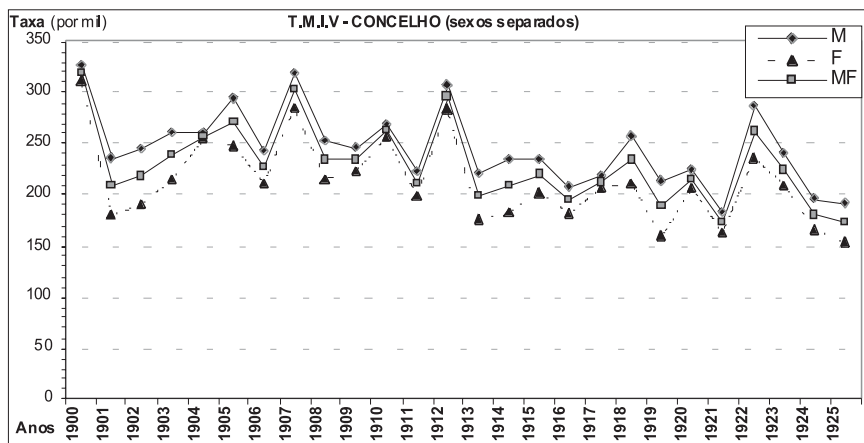
neráveis a circunstâncias ambientais adversas, que podem estar relacionadas com factores vários – condições materiais de existência, como o acesso a assistência médico-sanitária, alimentação, habitação; aspectos culturais e educacionais a que estão ligados a falta de hábitos de higiene, a ignorância e desleixo na prestação dos cuidados devidos ou ainda com aspectos climatéricos ou meteorológicos. A mortalidade de crianças com menos de 1 ano, por ser um indicador privilegiado das condições de mortalidade, tem pois uma importância especial quando pretendemos conhecer o nível de desenvolvimento económico, social e cultural de uma comunidade em determinado período da sua história mais ou menos longínqua, sendo bem expressiva desta importância do estudo mortalidade infantil a citação com que abrimos este artigo.

Tendo em consideração este pressuposto é nossa intenção, através do presente artigo, contribuir para o conhecimento da mortalidade infantil no espaço que é o concelho de Ponta Delgada no tempo que é o primeiro quartel do séc. XX. Esta será abordada tendo em conta o conjunto do concelho mas estabelecendo também uma comparação entre três áreas em que podemos decompô-lo, com comportamentos algo distintos, que são o espaço urbano (correspondendo às três freguesias citadinas); a área que designamos por suburbana (composta pelas freguesias confinantes com o espaço urbano); a zona rural (integrando as restantes). Partindo do princípio de que o risco de falecimento a é inversamente proporcional à idade da criança, ou seja, que este risco é tanto mais elevado quanto menor for a idade, a mortalidade infantil pode ser decomposta em categorias respeitantes a idades específicas diferentes, no sentido de se avaliar a forma como se comporta o fenómeno em diversas etapas ao longo do primeiro ano de vida, sublinhando a mortalidade neonatal – respeitante às primeiras 4 semanas e a mortalidade pós-neonatal – concernente aos óbitos ocorridos entre 28 e 365 dias de idade. Na lógica do princípio acima referido, a mortalidade Neonatal pode ainda ser dividida em Neonatal Precoce (na primeira semana) e Neonatal Tardia (nas restantes três semanas).

Abordaremos também a sazonalidade do fenómeno em questão, importante na medida em que os seus níveis variavam bastante ao longo do ano, influenciados pelas condições climatéricas que em certas alturas favoreciam a disseminação de algumas infecções. Ligada com este aspecto está a problemática das causas de morte em que abordaremos as causas médicas mais determinantes nos níveis observados, estabelecendo a partir daqui uma ligação com informações de âmbito qualitativo sobre as con-

dições sanitárias do concelho, com o objectivo de procurar enquadrar os valores constatados e assim adiantar algumas explicações para o comportamento do fenómeno aqui tratado.

Gráfico n.º1



Ao fazermos a leitura do gráfico referente referente ao conjunto do concelho², desde logo podemos concluir que estamos perante uma mortalidade infantil que ao longo de todo o período apresenta valores muito elevados, tendo o valor máximo no início do período – 1900 (319,4‰) e o valor mínimo no último ano do período – 1925 (172,9‰). Isto não significa, no entanto, que haja uma evolução linear no sentido descendente, antes pelo contrário, verificando-se uma grande instabilidade na evolução

² Ver quadro n.º 1 em anexo. A medida mais comumente usada é a chamada Taxa de Mortalidade Infantil Clássica, mas optámos por usar como indicador a Verdadeira Taxa de Mortalidade Infantil (V.T.M.I.), calculada a partir da média ponderada de nascimentos dos dois anos com base na tabela de Shryock e Siegel, que é a seguinte:

1q0	200	150	100	50	25	15
K'	0,60	0,67	0,75	0,80	0,85	0,95
K''	0,40	0,33	0,25	0,20	0,15	0,05

ao longo dos anos, sucedendo-se quase anualmente quebras e subidas. O ano de 1900 apresenta, como já referimos, o valor mais elevado, seguindo-se uma quebra acentuada no ano posterior (209,3‰), após o que há uma subida progressiva até 1905, ano que regista o valor de 271,3‰. Há depois uma grande inconstância até 1922 (262,4‰), a que se segue uma quebra progressiva até 1925, em que se atinge, como referimos, o valor mais baixo dentro do período em análise.

Interessa ainda salientar mais alguns anos que se destacam pela negativa neste contexto, considerando as elevadas cifras que apresentam. O de 1907 é um ano de elevada mortalidade infantil, chegando-se a ultrapassar a taxa de 300‰; O de 1912 é-o também, apresentando uma cifra muito próxima deste (295,5‰). Posteriormente não se atingem mais estes valores, mas há ainda dois momentos que podemos considerar críticos. Trata-se dos anos de 1918 (235‰) e de 1922 (262,4‰), não sendo porém estas situações de todo específicas da mortalidade neste escalão, antes se verificando comportamento idêntico ao nível da mortalidade geral.

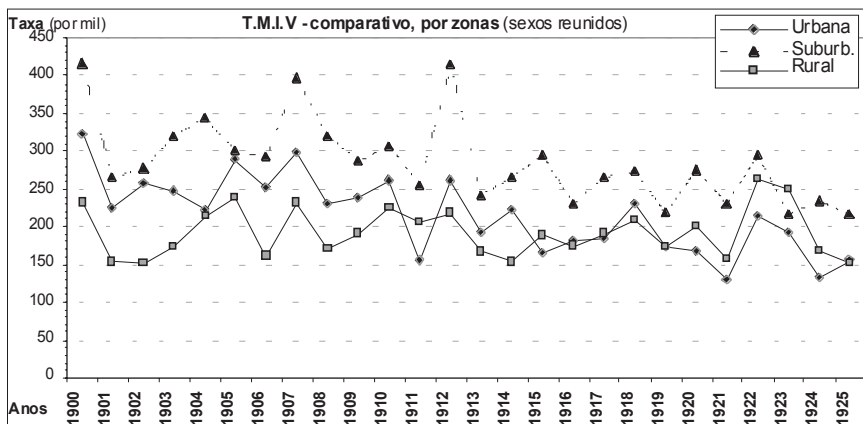
Além da inconstância do movimento, podemos distinguir, em termos de tendências, dois períodos com valores médios diferentes, como se constata pela observação do gráfico: Na primeira metade do quartel (1900 a 1912) as taxas situam-se, sensivelmente, entre 210 e 320‰. Na segunda metade (1913 a 1925) os valores variam, grosso modo, entre os limites de 170 e 235‰, exceção feita ao ano de 1922 com uma situação bastante acima do normal deste sub-período, como já vimos.

Em face disto, podemos afirmar que, a nível geral do concelho, há uma tendência para a descida da mortalidade infantil. Porém, não podemos definir um movimento claro de sentido descendente, pelo que somos levados a levantar a hipótese de que as condições de vida da comunidade – entendidas em sentido lato – não evoluíram de forma que se possa considerar assinalável, sendo legítimo supor que estamos antes perante um progresso pouco notório do nível de desenvolvimento socio-económico.

Estabelecendo uma diferenciação por sexos, refira-se apenas que, dentro do que é normal, e não obstante as oscilações, a mortalidade masculina é sempre mais elevada do que a feminina e as diferenças entre uma e outra não se alteram de forma sensível ao longo de todo o período.

Abordemos agora comparativamente o movimento da taxa relativo a cada uma das três zonas em que dividimos o concelho, apenas com o objectivo de relevar alguns aspectos importantes que sobressaem ao estabelecer um confronto entre zonas com vivências que cremos serem algo distintas³.

Gráfico n.º 2



O primeiro aspecto a referir é que a área suburbana apresenta ao longo de todo o período (com excepção de 1923, em que é ligeiramente suplantada pela zona rural), de forma bastante destacada, os valores mais elevados. Podemos mencionar em especial os anos de 1904, 1907 e 1912 como os de maior desfasamento, pelo que podemos atribuir a esta zona uma grande responsabilidade, em comparação com as demais, nas crises ocorridas no concelho em 1907 e 1912, reflectindo tudo isto uma maior insalubridade geralmente característica desta área.

No lado oposto temos, nitidamente pelo menos até 1914, a zona rural como aquela em que as condições seriam menos insalubres, sendo que só nos últimos anos a sua posição sofre uma mudança. Em termos de responsabilidade nos picos registados no concelho, podemos apontar 1905 e sobretudo 1922, ano em que, como já vimos, tem o seu valor mais alto aproximando-se da área suburbana. Em 1923, excepcionalmente, atinge uma taxa superior às outras duas áreas.

³ Ver quadro n.º 1 em anexo.

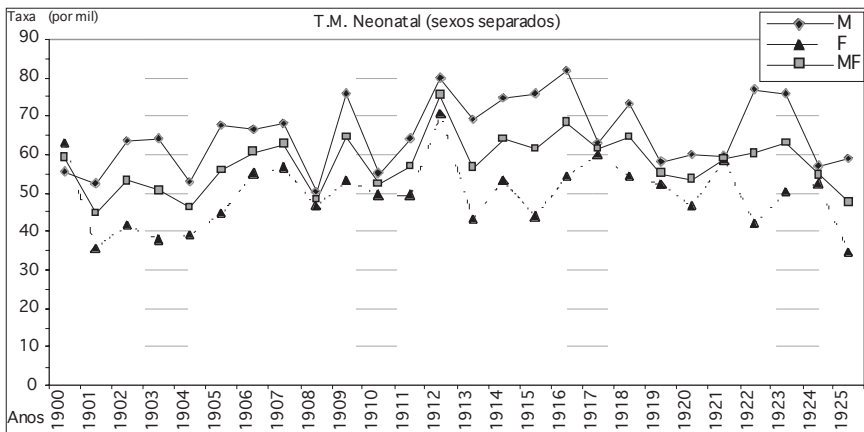
É certo que todas as estas unidades geográficas apresentam sempre uma T. M. I. elevada, reflectindo condições de existência caracterizadas por um baixo nível sanitário. No entanto as zonas urbana e suburbana, principalmente esta, apresentando no início do século uma situação mais desfavorável a este nível, foram aquelas em que os progressos foram mais visíveis. Na zona rural constata-se uma estagnação ao longo do período em análise, patente no movimento da referida taxa.

*

Após termos analisado o movimento da T. M. I. decomposemos este fenómeno por subdivisões etárias dentro do primeiro ano de vida, correspondendo à mortalidade neonatal e pós-neonatal. Neste ponto, a análise contempla o conjunto do concelho e também a diferenciação por sexos, não sendo feita uma abordagem por zonas dada a escassez de números absolutos quando se trata de uma especificação a este nível⁴.

A mortalidade neonatal, já o dissemos, é relativa aos óbitos de crianças nas primeiras 4 semanas de idade e a sua expressão estatística é a Taxa de Mortalidade Neonatal⁵.

Gráfico n.º 3



⁴ Ver quadro n.º 2 em anexo.

⁵ Esta taxa é calculada pela fórmula. $T. M. Neonatal = (\text{ób. c/ id. de 0 a 27 dias} / \text{nados-vivos}) \times 1000$

Numa primeira abordagem a partir da representação gráfica, podemos afirmar que a tendência genérica ao longo de todo o período é para a manutenção da taxa, embora haja oscilações consecutivas, em parte devidas também por certo à reduzida dimensão dos números absolutos. Podemos, por outro lado, distinguir duas fases: Na primeira, até 1912 (ano em que se atinge a taxa mais elevada), apesar das variações constantes, a tendência é ascendente. Em 1900 a taxa é de cerca de 60‰ e em 1912 ultrapassa os 75‰; salientam-se ainda neste intervalo, como anos de subida notória os anos de 1907 (62,6‰) e 1909 (64,5‰), enquanto as quebras mais significativas são as que ocorrem de 1900 para 1901 (44,5‰), de 1907 para 1908 (48,3‰) e de 1909 para 1910 (52,5‰).

Depois de 1912 (segunda fase), há logo uma quebra significativa em 1913 (56,5‰) e não há após estas variações anuais tão assinaláveis como na fase anterior, mantendo-se a taxa num intervalo aproximadamente entre 53,6‰ (1920) e 68,2‰ (1916 – ano com a taxa mais elevada nesta fase), excepção feita ao ano de 1925 (47,5‰).

Se, em termos de evolução, quisermos fazer uma comparação entre a situação no início e no final do quarto de século em causa, podemos afirmar, tendo em conta os dados apresentados, que ela não sofreu uma mudança significativa, embora haja duas fases com sinais evolutivos diferentes, como referimos atrás.

Passemos agora a referir alguns aspectos dignos de menção numa análise diferenciando os dois sexos. Um aspecto que se salienta desde logo é que neste como noutros indicadores analisados a taxa referente ao sexo masculino, exceptuando o ano de 1900, apresenta sempre valores superiores à taxa relativa ao sexo feminino. Nalguns momentos registam mesmo valores bastante díspares entre si, sendo poucos aqueles em que há uma aproximação e, além disso, apresentam por vezes movimentos de sinal oposto.

Há no início uma situação peculiar, com a taxa feminina (63,2‰) mais elevada do que a masculina (55,4‰), mas logo é reposta a situação normal, com a taxa feminina a ter uma forte quebra no ano seguinte (35,6‰) e a masculina com uma descida ligeira (52,4‰). Nos três anos seguintes a taxa feminina anda em valores próximos de 40‰ subindo depois até 1907 (56,6‰); no mesmo período a taxa masculina subiu para cifras próximas de 70‰, embora com uma quebra assinalável em 1904 (53‰).

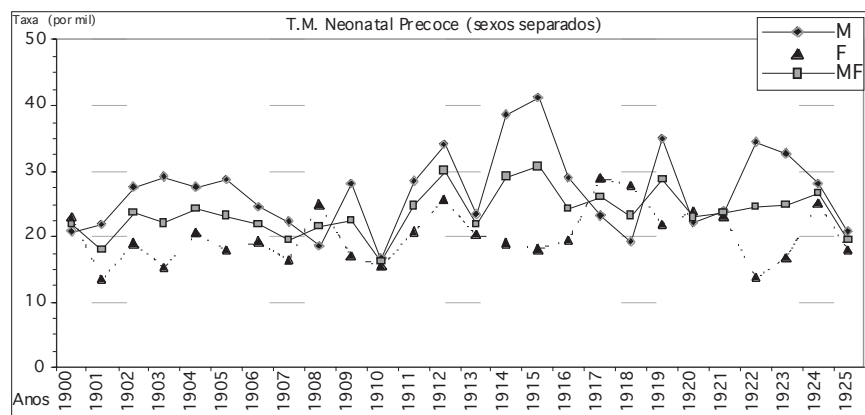
Em 1908 há taxas próximas entre uma componente e outra, tendo a masculina 50,2‰ e a feminina 46,3‰. A taxa feminina mantém-se nos

três anos posteriores próxima de 50‰ e regista um pico em 1912 (70,6‰), baixando novamente em 1913 para pouco mais de 40‰. A partir daqui esta taxa oscila aproximadamente no intervalo entre 40‰ e 60‰, com excepção do último ano em que desce significativamente (34,5‰), sendo a responsável pela descida verificada na taxa dos sexos reunidos uma vez que a taxa masculina mostra neste ano uma pequena elevação.

A taxa masculina tem fases de grande diferença em relação à feminina, com valores muito acima desta, sobretudo nos anos 1913 a 1916 e 1922 a 1923. Atinge o seu ponto mais alto em 1916 (81,7‰) e nos anos posteriores apresenta valores que variam sensivelmente entre 57‰ e 77‰, sendo de salientar como anos com taxas sobremaneira elevadas os de 1922 (77‰) e 1923 (75,6‰), ao contrário do que acontece com a parte feminina. Os anos em que há maior proximidade em relação a esta são os de 1917 e 1921, tendo ambas taxas muito próximas de 60‰. Não obstante as fortes oscilações numa e noutra taxa ao longo de todo o período, podemos também em ambas definir duas fases com tendências evolutivas que acompanham as verificadas em relação aos sexos no seu conjunto.

A mortalidade neonatal precoce, sendo uma componente da mortalidade neonatal refere-se, como já atrás foi dito, às defunções de crianças antes de completarem uma semana de vida, sendo a taxa respectiva reportada a 1000 nados-vivos⁶.

Gráfico n.º 4



⁶ Esta taxa é calculada pela fórmula: $T. M. Neon. Prec. = (\text{ób. entre 0 e 6 dias} / \text{nados-vivos}) \times 1000$

Analisando o movimento desta taxa considerando os sexos reunidos⁷, podemos desde logo definir também, na sua evolução, duas fases principais, não de tendência muito diferente, mas situando-se cada uma delas em torno de valores médios algo distintos. Constata-se, pela observação do gráfico, que até 1910 há uma certa estabilidade, com o valor das taxas a situar-se num intervalo entre 16‰ e 23‰ sensivelmente, sem registar variações muito bruscas. De 1910 (16‰) para 1912 (29,9‰) dá-se a variação mais notória, numa fase de transição em que as taxas sobem para um patamar superior. Podemos assim discernir, a partir daqui, uma fase com valores em torno de uma média mais elevada e com oscilações mais visíveis do que na primeira fase, embora a tendência geral até ao final seja de manutenção daquela média. Os valores da taxa inscrevem-se, nesta fase, numa amplitude variando aproximadamente entre 20‰ e 30‰. Note-se, por outro lado, que no final do período a taxa tem um valor próximo do início (1900: 21,9‰; 1925: 19,3‰).

Tendo em conta a separação de sexos, a superioridade das taxas relativas ao sexo masculino também é, neste particular, assaz evidente, havendo todavia alguns momentos em que a taxa feminina suplanta aquela, com diferenças pequenas, revelando variações de sentido contrário. Esta situação não pode, porém, ser valorizada por si só uma vez que a pequenez de efectivos contribuirá para distorcer em certa medida a realidade reflectida pelas taxas, como acontece em relação a outros indicadores.

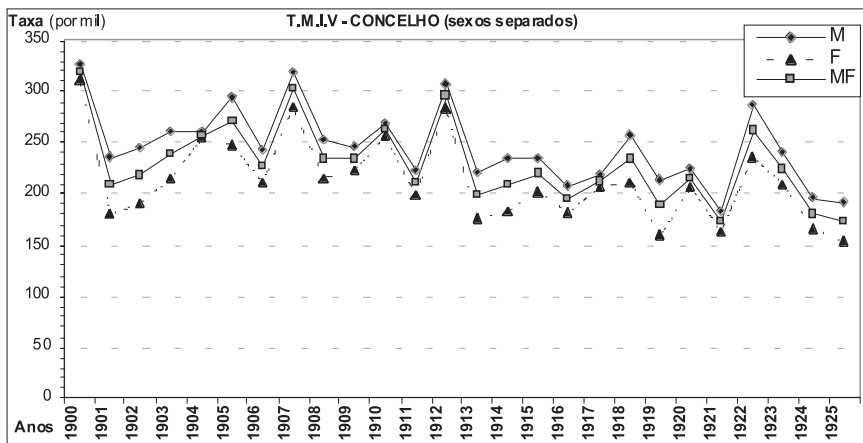
Em termos de evolução, até 1908 não se registam quebras nem subidas acentuadas em nenhuma das linhas. Daí em diante, há grande instabilidade, sobretudo no movimento da taxa respeitante ao sexo masculino. Nesta salientam-se como anos com valores elevados 1912 (34‰), 1914 e 1915 (38,6‰ e 41,2‰), 1919 (34,8‰) e 1922 (34,3‰), enquanto o ano com taxa mais baixa é o de 1910 (16,6‰). Nos restantes a taxa quase não se situa fora do intervalo entre 20‰ e 30‰.

A taxa relativa ao sexo feminino, embora também instável, não tem oscilações de amplitude tão larga. Destacam-se com os valores mais baixos os anos de 1901 e, ao contrário da componente masculina, 1922 (13,7‰) e com subidas mais notórias os de 1908, 1912 (25,6‰), 1917, 1918 e 1924 (25,11‰). Nos demais as taxas variam entre valores próximos de 20‰.

⁷ Ver quadro n.º 2 em anexo.

A mortalidade neonatal tardia é a outra subdivisão da mortalidade neonatal e exprime os óbitos de crianças com idade no intervalo 7 a 27 dias, por relação aos nados-vivos⁸.

Gráfico n.º 5



Ao analisarmos a estatística referente a esta taxa⁹ verificamos, considerando os sexos em conjunto, que não há ao longo do período em causa, em termos de tendência evolutiva, uma mudança no sentido ascendente ou descendente. Há sim uma grande inconstância no movimento da taxa, muito mais significativa do que na taxa de mortalidade neonatal precoce, como se pode comprovar comparando as respectivas representações gráficas.

A taxa de que aqui tratamos tem variações sucessivas de amplitude considerável, oscilando entre 21,9‰ (1904) e 45,4‰ (1912). Podemos ainda salientar como pontos baixos os anos de 1901 (26,7‰), 1908 (26,7‰) e 1919 (26,6‰); como pontos altos, são de mencionar, além de 1912 – o mais elevado, os anos de 1907 (43,1‰), 1909 (42‰) e 1916 (44‰). Não podemos esquecer, porém, que estas oscilações devem ser entendidas à luz dos limites impostos pelo reduzido número de efectivos, mais sujeitos ao efeito das variações anuais.

⁸ Esta taxa é calculada pela fórmula: $T. M. Neon. Tard. = (\text{ób. entre 7 e 27 dias} / \text{nados-vivos}) \times 1000$.

⁹ Ver quadro n.º 2 em anexo.

Separando os sexos, mais uma vez se revela uma sobremortalidade masculina, à semelhança dos restantes indicadores já analisados. Apenas os anos de 1900 (fem.: 40,2‰; masc.: 34,7‰) e 1919 (fem.: 30,1‰; masc.: 23,2‰) nos apresentam uma taxa feminina mais elevada, sendo as duas praticamente coincidentes, com ligeira superioridade da masculina, em 1912 (cerca de 45‰), 1914 (cerca de 34 e 36‰), 1921 (entre 35 e 36‰) e 1924 (entre 27,4 e 29‰).

O movimento ao longo do período é, quer num sexo quer noutro, bastante irregular. A taxa feminina tem como momentos de maior subida os anos de 1900, 1907 (40,2‰) e 1912, enquanto os anos com taxa mais baixa são os de 1904 (18,3‰) e 1925 (16,7‰). Nos demais anos oscila aproximadamente entre 21‰ e 36‰.

O movimento da taxa masculina é também muito inconstante, sucedendo-se quase de ano para ano elevações e quedas em geral bastante acentuadas. Podemos mencionar como pontos altos os anos de 1907 (45,6‰), 1909 (47,7‰), 1916 (52,8‰) e 1918 (54‰) e como momentos de quebra os anos de 1904 (25,4‰) e 1919 (23,2‰). Os demais têm variações entre 29‰ e cerca de 45‰.

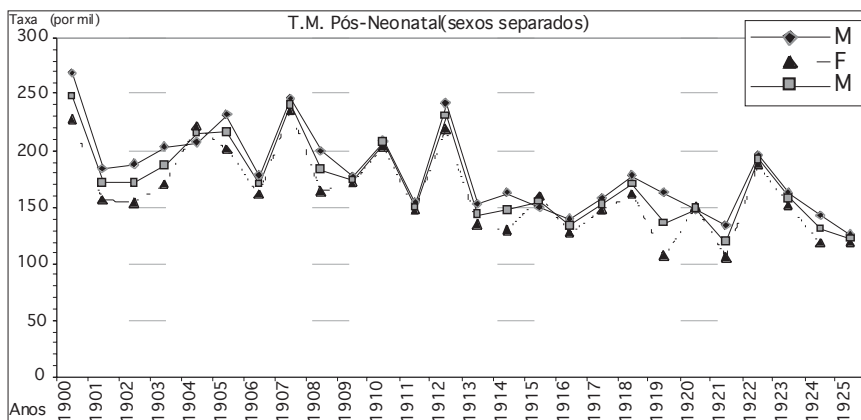
Avaliado o comportamento destas duas componentes da Taxa de Mortalidade Neonatal, concluímos este ponto salientando que, ao comparar uma e outra, vemos que de facto os riscos de morte são tanto maiores quanto menor é a idade da criança. É certo que a mortalidade neonatal precoce tem taxas em média mais baixas (não acontece em todos os anos), mas considerando que o intervalo de idade desta é de uma semana e o da mortalidade neonatal tardia é de três, com facilidade constatamos que, proporcionalmente, aquela tem um peso maior do que esta na mortalidade durante o primeiro ano de vida.

A mortalidade pós-neonatal diz respeito aos óbitos de crianças cuja idade se situa entre 29 e 365 dias, ou seja, após ultrapassarem as 4 semanas e até fazerem 1 ano. Partindo da distribuição dos óbitos neste intervalo de idades, calcula-se a respectiva taxa reportando-os ao número de nados-vivos¹⁰.

¹⁰ A fórmula respectiva é: T. M. Pós-neonatal = (ób. entre 29 e 365 dias / nados-vivos) x 1000

Em relação a este indicador vamos seguir o mesmo esquema de abordagem que usámos na análise dos precedentes, isto é, tendo como unidade espacial o todo do concelho analisaremos em primeiro lugar o comportamento da variável em causa considerando os sexos reunidos. Focaremos depois alguns aspectos considerados pertinentes tendo em conta a diferenciação por sexos¹¹.

Gráfico n.º 6



A primeira conclusão que podemos tirar da leitura dos dados e correspondente representação é a de que a tendência ao longo do período a nível global é descendente de uma forma que consideramos clara, embora não muito acentuada. Por outro lado, a evolução, acompanhando o que acontece com os outros indicadores, sofre elevações e quebras consecutivas mais ou menos acentuadas, aqui mais significativas nos primeiros treze anos.

Podemos também aqui fazer uma distinção entre duas fases diversas, dividindo o conjunto dos anos em duas metades, com base nos limites mínimos e máximos: a primeira até 1912 e a segunda de 1913 até 1925. Na primeira fase o movimento da taxa varia entre 150‰ e 250‰. O ano de 1900 é aquele em que a taxa mais elevada (247,7‰), voltando a aproximar-se deste valor em 1907 (240,3‰) e 1912 (230,6‰). Entretanto vão-se registando quebras bruscas, como acontece de 1900

¹¹ Ver quadro n.º 2 em anexo.

para 1901 (171,6‰), de 1907 para 1908 (182,5‰) e de 1910 (206,6‰) para 1911 (150,5‰).

A segunda fase começa com uma queda brusca da taxa de 1912 para 1913 (144,1‰) e não se voltam a registar valores próximos dos picos verificados na fase anterior nem oscilações tão significativas. O ponto mais alto situa-se em 1922 (191,8‰) e o mais baixo em 1921 (119,9‰), enquanto nos demais anos desta fase a taxa varia entre 170,1‰ (1918) e 122,1‰ (1925).

Diferenciando os sexos, desde logo constatamos que, ao contrário do que acontece com a taxa de mortalidade neonatal, nesta as taxas feminina e masculina, salvo algumas raras exceções, não apresentam valores muito díspares entre si, sendo mesmo por vezes quase coincidentes. Isto faz com que, também distintamente da anterior, aqui o comportamento das taxas tenha como característica uma evolução que é em geral paralela. Exceptuando os anos de 1904, 1915 e 1920, a taxa masculina revela sempre valores superiores, mas a feminina segue-a de bastante perto, registando-se a diferença mais significativa no ano de 1919 (fem.: 106,7‰; masc.: 162,6‰). Esta disparidade mais esbatida entre sexos permite-nos afirmar que a mortalidade pós-neonatal tem uma responsabilidade menor na diferenciação por sexos verificada na mortalidade infantil em geral do que a neonatal.

Genericamente, podemos referir que o que sobressai da análise destes indicadores é que as taxas são proporcionalmente mais elevadas com a proximidade do nascimento e que com este factor há também uma maior discrepância entre os bebés do sexo feminino e os do sexo masculino, em desfavor destes últimos, sendo as diferenças entre um e outro mais significativas nos óbitos ocorridos no primeiro mês e sobretudo na primeira semana.

*

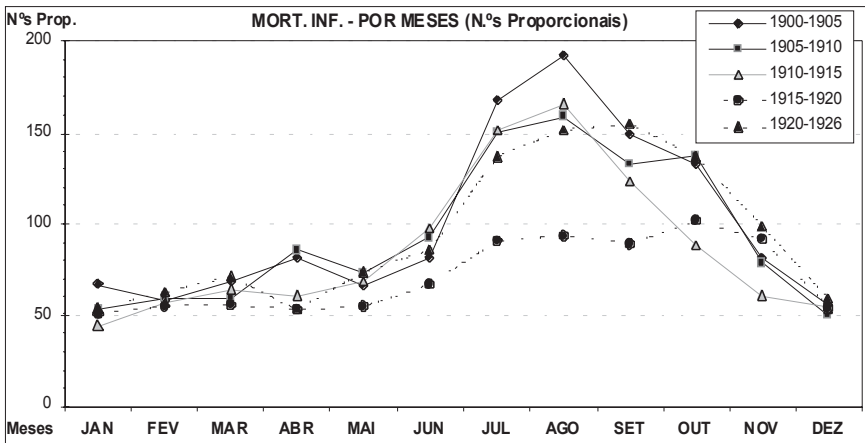
Seguiremos abordando alguns aspectos relacionados com as variações mensais dos óbitos. Já anteriormente nos referimos à influência das condições climatéricas na evolução dos níveis de mortalidade ao longo do ano. Por outro lado, no enquadramento espaço-temporal do nosso estudo, as condições de assistência materno-infantil decorrentes das condições sanitárias em geral, da insuficiente prestação dos cuidados devidos, da alimentação muitas vezes inadequada, entre outras, não eram capazes de

contrariar a acção nefasta de determinadas circunstâncias ligadas às contingências do clima, sobretudo em certas alturas do ano.

Sabemos empiricamente que determinadas estações, nomeadamente o Verão e o Inverno, pelas suas características, agudizam a incidência de certas doenças, podendo assim ter influência nos níveis de mortalidade, que terão, conseqüentemente, uma variação sazonal. O tratamento da mortalidade infantil na sua distribuição por meses, separada da mortalidade em geral justifica-se porque as crianças nesta idade estão especialmente sujeitas a circunstâncias provocadas ou agravadas pelo clima em certas épocas do ano, neste caso sobretudo no Verão.

Não nos interessando sobremaneira o tratamento desta problemática numa sequência anual uma vez que, à excepção de anos com valores fora do normal, o comportamento da sazonalidade dos óbitos não tem variações muito significativas de ano para ano, optámos por um agrupamento dos mesmos em períodos quinquenais¹², usando o método dos números proporcionais¹³.

Gráfico n.º 7



¹² É excepção neste caso o período de 1920 a 1925, que engloba 6 anos, sem no entanto ter influência na análise que se pretende.

¹³ Ver quadro n.º 3 em anexo.

Optámos por este método e não pelo das percentagens ou taxas porque, por um lado, é relativamente simples e, por outro, corrige a discrepância relacionada com a duração diferente dos meses.

Ao analisarmos os dados disponíveis, desde logo verificamos que é notório que os meses entre Julho e Outubro, sobretudo Julho a Setembro, são em geral aqueles em que, proporcionalmente, ocorrem mais óbitos. Até ao mês de Maio, as variações não são muito significativas, situando-se os valores dos números proporcionais quase sempre num intervalo entre 45 e 75.

De Maio para Junho é já visível uma subida no movimento de óbitos: números proporcionais neste mês entre 80 e 100, à excepção de 1915-19 (66,3)¹⁴. Os três meses que se seguem são sem dúvida alguma os de maior mortandade. No mês de Julho, excepto o quinquénio 1915-19 (90,4), os números proporcionais atingem valores entre 137 e 168, o que reflecte bem a subida brusca face aos meses anteriores. Em Agosto há ainda um agravamento do índice de mortalidade, sendo este o mês em que há maior incidência de óbitos infantis na maioria dos períodos. No início do século é quando o acréscimo neste mês, bem como no de Junho, é mais notório, atingindo um valor de 192. A partir daqui e para os restantes meses a evolução é no sentido descendente, de forma progressiva. Esta tendência não é seguida linearmente no período 1920-25 em que, devido sobretudo à distribuição dos óbitos em 1925, o mês de Setembro tem um ligeiro acréscimo em relação a Agosto (de 151 para 155) e não o é também no período 1915-19, com responsabilidades para o ano de 1918.

A tendência decrescente conduz a valores idênticos aos do início do ano em Dezembro, o que é natural tratando-se de meses que estão incluídos na mesma estação, situando-se os números neste mês grosso modo entre 50 e 59.

Salvo casos específicos provocados por anos com mortalidade algo anormal, os períodos focados seguem em geral, pode dizer-se, um padrão em que, de forma clara, as crianças com menos de um ano corriam maior risco de falecerem nos meses estivais, numa relação clara com as condições climatéricas aliadas à falta de condições que pudessem obstar à acção de factores ligados a essas condições. Nos meses de estio eram crónicos os problemas de abastecimento de água potável em muitas zonas do concelho, o calor facilitava o desenvolvimento de microorganismos nocivos,

¹⁴ O movimento da curva neste período é afectado pelo ano de 1918, em que ocorreu um número anormal de óbitos nos meses de Outubro e Novembro em consequência da gripe pneumónica, o que distorce também os números proporcionais nos outros meses, ainda que os números absolutos nestes não sofram variações anormais.

as condições sanitárias em geral tornavam-se mais precárias ainda do que no resto do ano. Esta situação criava campo propício à propagação de certas doenças infecciosas, sobretudo ligadas ao aparelho digestivo como as diarreias e principalmente a enterite e a gastrenterite, que tinham elevada incidência sobre as crianças de tenra idade, sendo não raras vezes fatais.

*

Na sequência, abordaremos então alguns aspectos ligados a certas causas médicas de morte entre as crianças com menos de um ano, partindo dos dados disponíveis nos registos compulsados.

Nos registos de óbitos anteriores a 1911, apenas os registos da Administração do Concelho referentes a indivíduos não católicos (uma parcela ínfima) mencionam a causa de morte, por isso não dispomos de informações sobre as causas médicas que nos permitam compreender melhor o fenómeno em questão e, nomeadamente, avançar hipóteses concretas de explicação para os picos de 1900, 1905 e 1907. Após 1911, grande parte dos assentos também não refere a causa de morte mas a partir da informação disponível podemos ainda assim isolar algumas causas com incidência muito significativa nas crianças e por isso com grande responsabilidade nos níveis da mortalidade infantil, como sejam as afecções do sistema digestivo (nomeadamente a enterite e a gastrenterite, com maior relevo para a primeira) e a designada “debilidade congénita”.

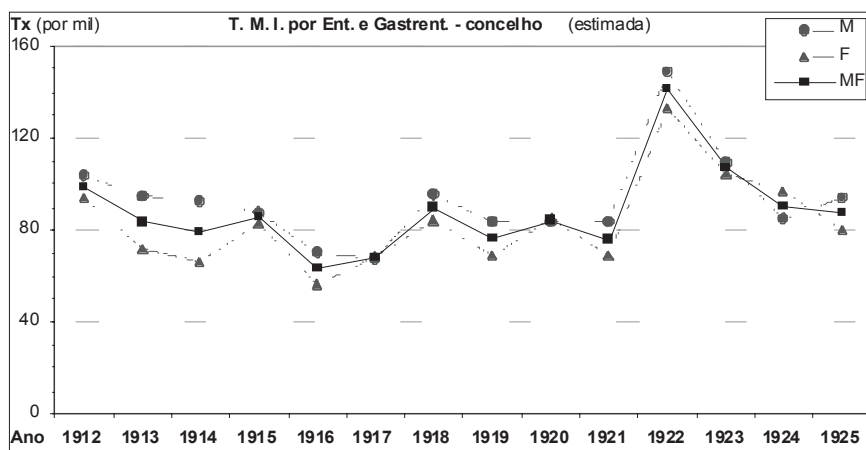
Quadro n.º 1

Distribuição de óbitos infantis por causas
(identificadas nos assentos) – 1912/1925

Causa	Ób.	%
Enterite e Gastrenterite	1519	48,4
Debilidade Congénita	654	20,8
Sist. Respiratório (várias)	356	11,3
Diarreia	132	4,2
Tosse Convulsa	122	3,9
Restantes	358	11,4
TOTAL	3141	100,0

Neste contexto, abordemos primeiramente as doenças do sistema digestivo, englobando neste grupo apenas a enterite e a gastroenterite porque são estas as patologias que se destacam claramente entre as afecções dos órgãos que integram este sistema, tendo papel de relevo no conjunto das causas médicas de morte¹⁵. Considerando o nível etário de que aqui nos ocupamos, partimos de uma estimativa¹⁶ de óbitos por estas doenças de crianças com menos de 1 ano de idade entre 1912 e 1925 para calcular uma taxa específica de Mortalidade Infantil, reportando o número de óbitos a 1000 nados-vivos¹⁷.

Gráfico n.º 8



Tendo em conta a taxa que calculámos por estimativa, podemos constatar que ao longo de todo o período em questão não há grande evo-

¹⁵ Há registados no concelho de Ponta Delgada entre 1912 e 1925 um total de 2036 óbitos tendo uma destas duas doenças como causa. Destes óbitos, cerca de 91 % foram de indivíduos entre 0 e 4 anos de idade (o peso relativo médio deste grupo na população era de 11,5 %) sendo cerca de 83 % do total relativo a crianças com menos de 1 ano.

¹⁶ Esta estimativa é feita tendo incrementado os óbitos cuja causa é referida tendo em conta proporção de óbitos em que esta não é mencionada.

¹⁷ Ver quadro n.º 4 em anexo.

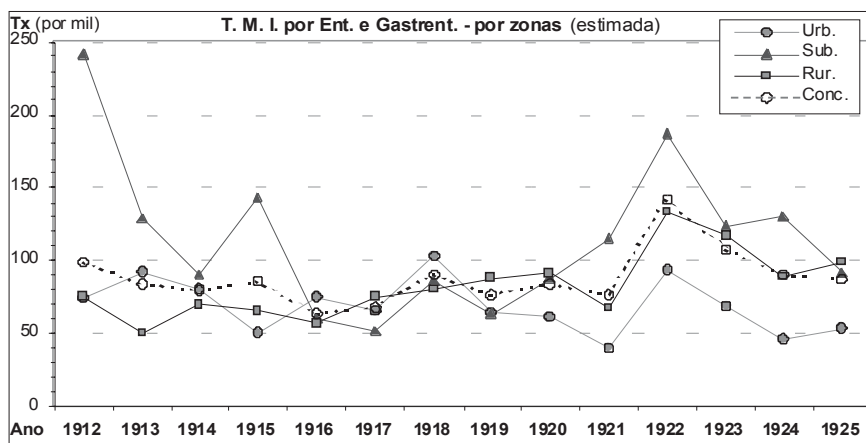
As taxas de mortalidade por causas são comumente expressas em n.º de ób. por 100000 indivíduos, mas como temos aqui valores bastante elevados, optámos por usar 1000 nados-vivos como valor de referência.

lução a este nível uma vez que a curva não apresenta tendência descendente, sobretudo devido aos níveis registados nos últimos quatro anos. Exceptuando o ano de 1922 (141,2‰) a taxa oscila entre 63,3‰ (1916) e 107‰ (1923).

Numa diferenciação por sexos verificamos que, se excluirmos alguns momentos em que os valores são quase coincidentes e um (1925) em que a taxa do sexo feminino tem valor superior, os valores da taxa relativa ao sexo masculino se situam acima dos da taxa referente ao grupo feminino, não variando muito a amplitude das diferenças entre as duas. Os valores da primeira oscilam entre 67,4‰ (1917) e 109,1‰ (1923), excepção feita a 1922 (148,8‰). Os valores da segunda situam-se num intervalo entre 56,5‰ (1916) e 104,5 (1923), excepto também o ano de 1922, em que atinge também o máximo do período (132,8‰).

Comparando o comportamento deste indicador nas diversas zonas concluímos que, como acontece quase sempre, há algumas discrepâncias significativas.

Gráfico n.º 9



A linha relativa à área suburbana é a que apresenta valores em média mais elevados, destacando-se como anos mais críticos 1912 (241,3‰), 1915 (142,7‰) e 1922 (186,7‰) e como anos com valores mais baixos os de 1916, 1917 e 1919 com valores aproxima-

mente entre 51‰ e 63‰. Quanto à zona urbana apresenta uma tendência ligeira para a descida, embora perturbada em 1922, se comparamos os valores dos primeiros anos com os dos últimos. As oscilações desta curva são muito menos vincadas do que as da anterior e os valores da taxa variam entre 39,6‰ (1921) e 103,1‰ (1918). Ao contrário desta, na linha relativa ao espaço rural regista-se um movimento ascendente, tendo até 1918 com frequência os valores mais baixo, com variações pouco acentuadas, e depois deste ano com valores sempre acima da zona urbana, com oscilações mais amplas. Até 1920 os valores variam entre 50,8‰ (1913) e 91,5‰ (1920), situando-se depois num intervalo delimitado pelos anos de 1921 (67,9‰) e 1922 (133‰).

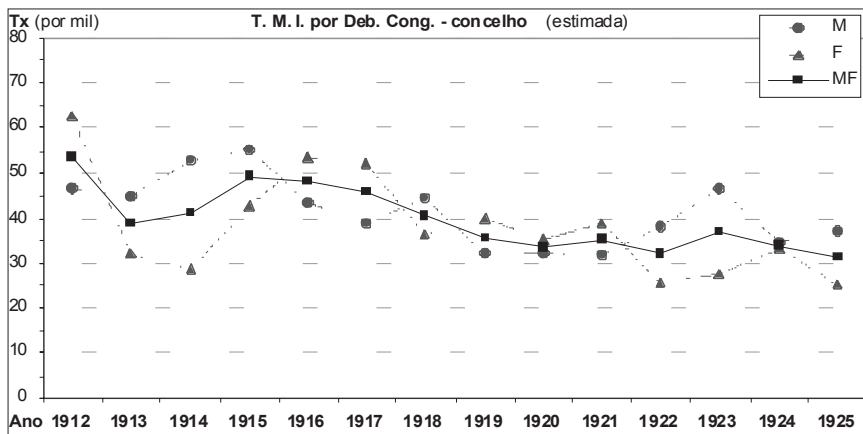
Por aquilo que foi observado podemos pois concluir que estas doenças tiveram sem dúvida uma importância determinante no comportamento do fenómeno aqui analisado.

Ainda no contexto da mortalidade infantil, uma das causas que aparece nos registos de óbitos como das mais frequentes é a “debilidade congénita”. Com efeito, em termos de casos mencionados, esta é a terceira, a seguir às causas atrás abordadas. Esta expressão engloba problemas orgânicos diversos ocorridos durante a fase intra-uterina e durante o trabalho de parto, decorrentes das condições em que muitas mães geravam e davam à luz os seus filhos, consequência da ignorância, da falta de cuidados e de assistência durante a gravidez e parto.

Como fizemos em relação às outras causas aqui analisadas usaremos como indicador uma taxa específica de Mortalidade Infantil por esta causa, reportando o número de óbitos a 1000 nados-vivos, partindo do número de óbitos estimado para cada ano¹⁸.

¹⁸ Ver quadro n.º 5 em anexo.

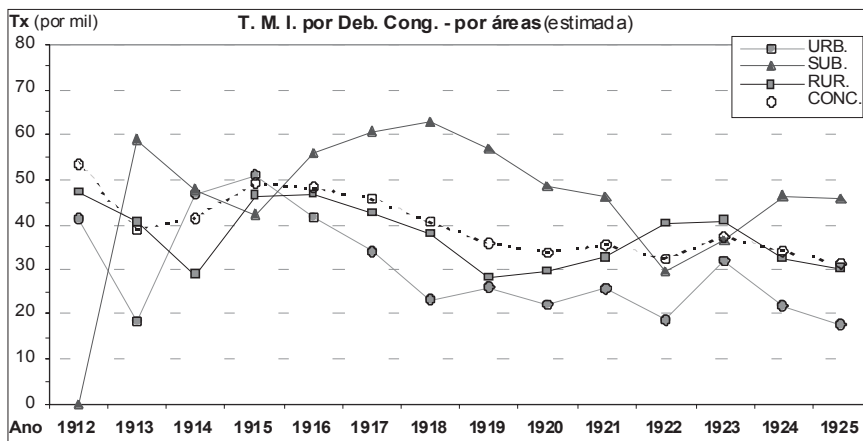
Gráfico n.º 10



De acordo com a curva delineada pelo movimento desta taxa entre 1912 e 1925, podemos concluir que há uma tendência para a diminuição da incidência desta causa, pois o movimento é na generalidade descendente, oscilando a taxa entre 53,3‰ em 1912 e 31,3‰ em 1925. Há algumas oscilações pelo meio, como uma quebra em 1913 (38,6‰) seguida de recuperação até 1915 (49,3‰) e uma subida em 1923 (de 32 para 37‰) depois de uma muito ligeira em 1921, mas que não afectam a tendência decrescente da taxa em causa.

Estabelecendo uma diferenciação por sexos, constatamos que a relação entre as duas linhas sofre muitas variações ao longo do período. A linha masculina suplanta a feminina nalguns anos e acontece o contrário noutros, pelo que não podemos definir com clareza qual o grupo mais afectado, embora sejam em maior número os anos em que ocorre a primeira situação (7) do que aqueles em que se verifica a segunda (5) e isso pode levar-nos a considerar que haveria uma maior incidência desta causa de morte entre os indivíduos do sexo masculino.

Gráfico n.º 11



Numa abordagem comparativa por zonas verificamos, também aqui, que a área suburbana é aquela que apresenta em geral taxas mais elevadas, com valores quase sempre acima das demais e do concelho no seu todo, embora com uma tendência de sentido descendente. Os valores relativos a esta zona oscilam entre 29,5% (1922) e 62,5% (1918). Em 1912 uma esmagadora maioria dos registos de óbitos desta zona não menciona a causa de morte e nenhum deles refere esta em concreto, embora por certo não tivessem deixado de acontecer mortes por debilidade congénita neste ano.

A zona onde a taxa apresenta quase sempre os valores mais baixos é o espaço urbano no qual, exceptuando os anos de 1914 e 1915, oscila entre cerca de 18% (1925) e de 41% (1916), situação que será compreensível na medida em que se torna o reflexo de uma mentalidade por certo mais esclarecida e sobretudo de maior facilidade de acesso a cuidados de saúde.

Seguindo um outro vector – a distribuição dos óbitos registados com esta causa por idades mais específicas dentro do primeiro ano, refira-se que uma grande maioria das crianças cujo falecimento é atribuído, nos assentos, a esta causa (84,1 %) tinham menos de 1 mês de idade, sendo que quase metade (44 %) faleceram na primeira semana de vida e cerca de um quarto (24,5) morreram nas primeiras 24 horas após o nascimento do que concluímos naturalmente que o falecimento da grande

maioria das crianças vítimas de problemas congénitos ocorria naturalmente logo nos primeiros dias de vida.

Já referimos anteriormente que as crianças de tenra idade são vítimas indefesas de toda a sorte de agressões do meio, se não tiverem quem delas as proteja. Até aqui centrámos esta comunicação no tratamento estatístico e análise, sob várias perspectivas, dos dados referentes ao fenómeno da mortalidade infantil, partindo do número e características dos acontecimentos que o compõem – óbitos de crianças com idade até 1 ano. Esses dados estatísticos resultam de uma realidade que caracteriza um certo espaço num intervalo de tempo determinado e reflectem por isso as características dessa realidade, o que nos permite sem dúvida tirar conclusões sobre a situação vivida pelas pessoas que ocupam esse realidade espaço/tempo. Por isso entendemos que é também importante, para compreendermos melhor o alcance dos números, procurar enquadrá-los com determinados aspectos da realidade da qual eles provêm, sendo para isso necessário utilizar fontes de outra natureza, com informação de carácter mais qualitativo que permita confrontar e integrar os elementos de cariz quantitativo.

Na imprensa da época podemos apreender, em diversas edições de diferentes jornais, vários aspectos da realidade do concelho relacionados com a temática em análise. Há em múltiplos artigos, de maior ou menor profundidade, muitos deles da responsabilidade de médicos, textos de descrição e reflexão em torno da problemática das condições sanitárias (ou da sua falta), que era motivo de grande preocupação para alguns sectores da sociedade.

Muitos dos documentos que neste âmbito pudemos compulsar têm a ver com problemas que se podem relacionar com a mortalidade infantil, mas que se integram simultaneamente na questão da mortalidade em geral. Todavia, há escritos que dizem respeito directamente e em específico ao problema da mortalidade infantil, reflectindo a preocupação dos seus autores com as más condições em que se desenvolviam as crianças antes, durante e após o nascimento e que perpassam todo o período em estudo.

Em 1905 encontramos no jornal “Açoriano Oriental”¹⁹ a propósito da *grande mortandade das crianças*, um artigo versando sobre as causas

¹⁹ “Açoriano Oriental”, n.º 3680, 11 de Novembro de 1905

que estão na base do elevado nível de mortalidade infantil, o qual podemos transpor para a dicotomia factores endógenos/factores exógenos. São apontadas três ordens de causas: debilidade ou doença dos pais, raquitismo dos filhos, mau tratamento pelos pais. Baseando-se num exemplo o autor defende que as causas se encontram sobretudo no terceiro grupo, ou seja, na falta de cuidados que os pais tinham com os recém-nascidos. Esse exemplo é o caso referido de uma freguesia onde, de 18 óbitos ocorridos em 1904, 3 deviam-se a causas endógenas ou a acidentes, enquanto os restantes, sendo filhos de pais em geral saudáveis, só por excepção se admitiria que padecessem de alguma doença congénita.

São ainda avançadas razões de fundo, de carácter cultural e económico, para que não haja por parte dos pais maior cuidado com os recém-nascidos, apontando-se dois aspectos importantes: Um tem a ver com as crenças religiosas – acreditava-se que as crianças vão para o céu *antes de usarem a razão*, outro com razões económicas – as crianças eram consideradas um encargo pesado. Isto levava, segundo o autor do artigo, a algum desprezo pelo desenvolvimento físico dos filhos. Sendo embora estas considerações a propósito de uma certa freguesia, cremos que, em função dos dados que analisámos anteriormente, se podem generalizar.

Posteriormente deparamos com outros textos que vêm na linha deste e que demonstram que os problemas persistem. É corroborada em outras ocasiões esta ideia de que as causas da mortalidade das crianças radicavam sobretudo na falta de cuidados, mas atribuída mais à ignorância dos progenitores do que a outros factores. Assim pensava o Pe. Manuel Botelho que, baseando-se nos estudos de um médico e professor francês que conseguiu que nas escolas normais se ensinasse a puericultura, defendia que os párcos eram quem estava em melhores condições para, na região, desempenhar essa missão de esclarecer os pais sobre os cuidados a prestar às crianças²⁰.

Era importante ensinar-lhes as regras de higiene a observar com as crianças e a melhor maneira de as alimentar. É que, segundo ele, poucas mães sabiam cuidar dos seus filhos: davam-lhes com frequência alimentos inadequados à sua idade, causadores muitas vezes de doenças que levavam à morte; raramente pensavam que deviam lavar os recém-nascidos pelo menos duas vezes por dia e ter sempre o berço em boa higiene; muitas abandonavam os seus filhos para irem trabalhar cuidando dos de outros.

²⁰ “*Açoriano Oriental*”, n.º 3716, 21 de Julho de 1906.

Nos anos 20 ainda se mantinham os problemas e aquilo que estava na sua base. Muitas das doenças que afectavam habitualmente as crianças de tenra idade podiam ser evitadas se elas fossem tratadas *conforme os progressos científicos atingidos e não conforme o que é feito por tradição*²¹.

O problema preocupava de tal forma a classe médica que se procurava criar a Associação de Assistência Maternal e Infantil. A sua comissão organizadora vai entretanto divulgando informação sobre o que fazer para melhorar as condições de vida da criança, (...) *que entre nós continua sendo a victima da ignorancia, da falta de higiene e dos vicios da alimentação. A prova de que estes fátors continuam dizimando lamentavelmente a creança micaelense que numa terra de recursos e abundancia como a nossa, podia desenvolver-se e viver em condições excépcionaes de conforto e cuidados, a prova vergonhosa da nossa incuria e da ignorancia da nossa gente é-nos dada pelas estatisticas (...)*²².

A Dr.^a Joana de Freitas Pereira, autora deste artigo, realça das estatísticas alguns elementos com importância na questão, como o elevado número de óbitos com causa ignorada, correspondendo àqueles que morrem sem assistência médica e o número de nados-mortos, (...) *prova das péssimas condições de assistencia a que se vê sujeita a mulher micaelense na ocasião do nascimento dos seus filhos.* (ibidem)

Em Setembro de 1925 o Dr. Manuel Machado Macedo escreve um artigo com o título “Assistência Maternal e Infantil em S. Miguel” que abre uma edição do *Correio dos Açores*, interessante sobretudo pela forma como descreve as condições em que frequentemente viviam os recém-nascidos e como apresenta os factores que estão na base de tão elevada mortalidade entre os mais pequenos. Fala-nos da miséria que se vive dentro das habitações, pouco arejadas, provocada pelas dificuldades económicas, pela falta de noções de higiene e consequente desleixo. As crianças brincavam no chão térreo e húmido, ou então no exterior da casa, (...) *rojando os corpos quasi nus sobre o lodo e na imundicie por ali dispersa.* Conviviam de perto com os detritos em putrefacção, com os esgotos, com dejectos de animais, numa situação que na época estival é particularmente insalubre, dando ao ambiente (...) *um ar irrespiravel, mias-*

²¹ “*Açoriano Oriental*”, n.º 4502, 07 de Setembro de 1921.

²² “*Correio dos Açores*”, n.º 1485, 14 de Junho de 1925.

*mento, improprio de vir ao contacto dos alveolos pulmonares alimentar pela oxigenação do sangue, a actividade dos órgãos e a vida do corpo*²³.

À insalubridade que caracteriza o ambiente das habitações acresce a alimentação pouco adequada em muitos casos, salientando-se a amamentação irregular, a substituição do peito materno pelo biberão (com pouca higiene), o abuso de sopas de água, leite ou vinho e de fruta verde. Tudo isto faz com que os recém-nascidos se vão desenvolvendo (...) *ao sabor das circunstancias e nunca sob as regras da higiene e da dietetica.*

Neste escrito estão bem patentes os principais factores responsáveis pela mortalidade infantil exógena, em que sobressaem como causas médicas mais comuns a enterite e a gastrenterite. Mas salientam-se também factores que estão na base daquilo que designamos por mortalidade endógena, relacionados sobretudo com a falta de assistência durante a gravidez, que cria condições para o aparecimento de doenças (...) *d'origem materna, que conduzem o filho ou á morte ou á miseria organica*²⁴. Todos estes factores concorrem em conjunto para os elevados índices de mortalidade no primeiro ano de vida que se nos deparam ao estudarmos o fenómeno em Ponta Delgada no primeiro quartel do século.

Vemos pois que, ao percorrermos alguns órgãos de imprensa local da época em estudo, podemos recolher elementos importantes, em textos mais ou menos profundos, sobre a situação sanitária, os quais reflectem as preocupações de várias pessoas com responsabilidades em face da ambiência em que os recém-nascidos estavam sujeitos a crescer.

A falta de assistência médico-sanitária antes, durante e após o parto, a falta de cuidados por parte da família, a alimentação inadequada, a falta de hábitos de higiene, a insalubridade das habitações eram frequentes. Provocados não por falta de sentimento maternal, mas sobretudo por ignorância e por escassez de recursos, marcavam incisivamente o quotidiano de muitas famílias cerceando assim as possibilidades de desenvolvimento saudável de uma grande parte dos que vinham ao mundo.

²³ “Correio dos Açores”, n.º 1571, 27 de Setembro de 1925.

²⁴ “Correio dos Açores”, n.º 1571, 27 de Setembro de 1925.

Concluindo, podemos dizer que o aspecto primordial da mortalidade infantil no concelho de Ponta Delgada no primeiro quartel do século XX diz respeito à amplitude do fenómeno, pois ficou demonstrado, em virtude dos valores que a taxa atinge, que a mortalidade de crianças no primeiro ano de vida tinha uma forte incidência no espaço e tempo considerados.

Salienta-se, por ter valores mais elevados, a área envolvente da cidade que designámos por suburbana. Tendo em conta a medida em causa, conclui-se que era aquela em que as condições de sobrevivência dos recém-nascidos eram mais precárias. A zona mais afastada do meio urbano era aquela em que o ambiente era mais favorável, já que durante a maior parte do período apresentou taxas abaixo das demais zonas.

Mas a evolução tem também tendências diferenciadas conforme os espaços. A área rural apresenta uma tendência de estagnação, reflectindo hipoteticamente uma menor propensão para melhorar as condições sanitárias nestas freguesias mais periféricas. Nas outras duas zonas o movimento da taxa apresenta, ainda que não de forma muito acentuada, uma tendência descendente e a área urbana passa a ter, ao aproximar do fim da segunda década, taxas mais baixas do que a área rural.

As medidas mais específicas de acordo com intervalos de idades mais limitados, como são as da mortalidade neonatal e pós-neonatal são também elucidativas quanto à falta de condições e de cuidados de diversa espécie a que os recém-nascidos estavam sujeitos, sendo de relevar, neste âmbito, a mortalidade de crianças com menos de uma semana de vida. Saliente-se ainda o facto de haver neste contexto uma especial incidência sobre o sexo masculino, embora não seja esta uma situação particular do contexto espaço/tempo em análise.

Apesar das descidas verificadas a taxa de mortalidade infantil, reflexo da precariedade das condições sanitárias, manteve-se em níveis bastante altos. Relacionada com isto está também a variação sazonal dos óbitos, caracterizada essencialmente por uma forte subida nos meses em que se fazem sentir os efeitos do estio, o qual traz consigo um agravamento das condições sanitárias devido às suas características climatéricas. A insalubridade do ambiente em que os recém-nascidos eram criados acentuava-se então sobremaneira e as doenças infecciosas, sobretudo do foro digestivo em que assumiam papel de destaque a enterite e a gastrenterite, tinham campo propício ao seu desenvolvimento, vitimando muitas

crianças, sendo as conclusões neste sentido retiradas dos dados de carácter quantitativo corroboradas por escritos vários que podemos encontrar em órgãos da imprensa local da época.

ANEXOS

QUADRO N.º 1

T. M. I. – CONCELHO E ZONAS (sexos separados)

Ano	CONCELHO			Z. URBANA			Z. SUBURB.			Z. RURAL		
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF
1900	327,3	311,4	319,4	327,1	316,2	321,8	434,0	398,0	415,9	235,3	228,8	232,1
1901	236,4	180,7	209,3	265,3	175,6	223,3	321,2	211,7	266,0	150,0	157,5	153,6
1902	244,6	189,9	218,9	323,4	191,0	257,8	286,1	265,7	276,9	166,3	134,0	151,1
1903	260,6	215,9	238,5	271,5	225,6	247,4	327,0	314,1	320,8	205,2	137,9	172,2
1904	261,3	254,9	258,1	231,5	213,9	222,5	374,3	315,6	344,1	198,5	230,6	213,9
1905	294,8	247,7	271,3	306,6	272,6	289,1	357,1	248,4	300,6	245,6	233,6	239,9
1906	243,3	210,5	226,9	282,3	222,2	252,4	304,8	282,3	293,0	178,5	142,6	161,9
1907	318,5	285,9	302,9	263,7	333,0	298,0	422,7	366,8	396,2	267,5	192,1	231,6
1908	252,8	215,0	234,9	227,9	232,2	230,0	355,3	278,8	320,4	183,8	158,0	171,0
1909	245,8	223,0	234,7	218,0	257,6	237,2	308,5	265,6	287,8	211,5	170,8	191,6
1910	269,6	255,8	262,9	291,6	232,0	261,9	320,8	291,9	306,7	213,6	239,1	225,8
1911	221,9	198,8	210,8	177,6	131,5	155,3	273,2	235,0	254,5	205,2	207,6	206,3
1912	307,0	283,4	295,5	284,5	237,4	261,0	403,7	427,0	415,5	247,9	182,9	218,1
1913	221,4	175,6	199,2	207,9	175,2	192,6	282,4	196,8	240,8	176,4	156,8	167,8
1914	234,6	183,3	209,7	255,1	183,7	222,7	279,9	247,5	264,6	178,7	129,7	153,8
1915	235,0	202,4	219,7	162,4	169,4	165,7	343,6	242,6	295,1	188,9	187,3	188,1
1916	207,9	181,2	195,2	205,9	154,2	181,3	216,9	244,1	230,0	201,9	144,5	175,1
1917	218,9	207,1	213,1	174,7	193,5	184,0	287,6	241,5	265,5	191,0	190,2	190,6
1918	257,4	210,4	235,0	266,7	193,3	230,8	295,0	247,0	272,9	222,0	193,2	208,1
1919	214,1	159,6	188,3	173,3	170,5	172,0	238,5	198,1	219,1	219,4	121,1	172,4
1920	224,0	207,0	215,9	161,0	171,5	166,1	308,9	235,3	274,5	194,4	206,8	200,3
1921	183,3	163,3	173,5	149,1	112,3	130,3	229,4	232,6	230,9	167,5	144,3	156,8
1922	287,1	236,1	262,4	239,2	186,1	213,2	341,9	240,0	294,7	268,0	260,5	264,3
1923	239,8	208,7	224,6	189,8	195,3	192,6	259,1	168,0	216,1	251,5	248,3	249,9
1924	195,7	165,3	180,4	164,0	99,5	131,2	238,8	227,1	233,3	179,8	158,8	169,7
1925	191,3	153,7	172,9	179,8	130,8	155,9	255,3	171,4	216,8	148,1	153,8	150,8

Fontes: *Nasc.*: Reg. Paroquiais de Baptismos; Reg. da Administ. do Concelho - n/ catól.; Livros de Nascimentos do Reg. Civil.

Ób.: Reg. Paroquiais de Óbitos; Reg. de Óbitos da Administ. do Concelho; Reg. de Ób. do Hosp. da Miseric. de P. Delgada; Livros de Ób. do Reg. Civil

QUADRO N.º 2
TAXAS DE MORTALIDADE NEONATAL E PÓS-NEONATAL
 (Concelho – sexos separados)

Tx.	T.M NEONATAL			T.M NEON. Prec.			T.M NEON. Tard.			T.M. PÓS-NEON.		
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF
1900	55,4	63,2	59,4	20,8	23,0	21,9	34,7	40,2	37,5	268,3	227,8	247,7
1901	52,4	35,6	44,5	21,7	13,3	17,8	30,6	22,2	26,7	184,8	156,8	171,6
1902	63,4	41,7	53,2	27,5	19,0	23,5	35,9	22,6	29,7	188,0	153,6	171,8
1903	64,0	38,0	50,7	29,2	15,2	22,1	34,8	22,8	28,7	203,1	170,3	186,4
1904	53,0	38,8	46,0	27,6	20,5	24,1	25,4	18,3	21,9	207,7	221,5	214,5
1905	67,7	44,6	56,0	28,7	17,9	23,2	39,0	26,8	32,8	231,7	200,9	216,1
1906	66,5	55,0	60,8	24,5	19,1	21,9	42,0	35,9	39,0	178,5	161,5	170,1
1907	67,9	56,6	62,6	22,2	16,4	19,5	45,6	40,3	43,1	244,7	235,2	240,3
1908	50,2	46,3	48,3	18,5	24,9	21,6	31,6	21,4	26,7	199,6	163,9	182,5
1909	75,6	53,1	64,5	27,9	16,9	22,5	47,7	36,2	42,0	176,7	171,3	174,1
1910	55,3	49,5	52,5	16,6	15,3	16,0	38,7	34,2	36,5	209,1	204,0	206,6
1911	64,1	49,5	57,1	28,4	20,7	24,7	35,7	28,8	32,4	153,4	147,5	150,5
1912	79,7	70,6	75,3	34,0	25,6	29,9	45,7	45,1	45,4	241,5	219,2	230,6
1913	69,1	43,0	56,5	23,4	20,2	21,9	45,7	22,8	34,7	152,2	135,3	144,1
1914	74,7	53,1	64,2	38,6	19,0	29,0	36,1	34,1	35,2	162,7	130,2	146,8
1915	75,9	43,9	61,3	41,2	18,1	30,7	34,7	25,8	30,7	149,7	160,2	154,5
1916	81,7	54,4	68,2	28,9	19,4	24,2	52,8	35,0	44,0	139,4	126,9	133,3
1917	62,9	60,1	61,5	23,1	28,8	25,9	39,8	31,4	35,6	157,9	147,7	152,8
1918	73,1	54,3	64,4	19,2	27,9	23,2	54,0	26,5	41,2	177,5	161,6	170,1
1919	58,1	52,0	55,1	34,8	21,9	28,6	23,2	30,1	26,6	162,6	106,7	135,5
1920	60,1	46,4	53,6	22,1	23,8	22,9	37,9	22,6	30,7	147,5	149,8	148,6
1921	59,5	58,5	59,0	23,8	23,2	23,5	35,7	35,4	35,5	133,3	106,1	119,9
1922	77,0	42,1	60,3	34,3	13,7	24,5	42,7	28,4	35,9	195,6	187,7	191,8
1923	75,6	50,3	63,1	32,7	16,8	24,8	42,9	33,5	38,3	162,4	151,8	157,2
1924	56,9	52,6	54,8	27,9	25,1	26,6	29,0	27,4	28,2	142,9	117,7	130,7
1925	59,0	34,5	47,5	20,6	17,8	19,3	38,3	16,7	28,2	125,9	117,9	122,1

Fontes: *Nasc.*: Reg. Paroquiais de Baptismos; Reg. da Administ. do Concelho - n/ catól.; Livros de Nascimentos do Reg. Civil.

Ób.: Reg. Paroquiais de Óbitos; Reg. de Óbitos da Administ. do Concelho; Reg. de Ób. do Hosp. da Miseric. de P. Delgada; Livros de Ób. do Reg. Civil

QUADRO N.º 3**VARIAÇÃO MENSAL DOS ÓBITOS INFANTIS
NÚM. PROPORCIONAIS**

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1900-1904	66,7	58,2	68,2	81,4	66,2	81,4	167,7	192,0	148,8	132,4	81,4	55,6
1905-1909	53,0	59,3	58,6	85,1	72,8	91,9	150,6	158,6	132,6	136,4	78,3	49,5
1910-1914	44,5	56,0	64,2	61,1	68,2	97,1	151,1	165,7	123,2	88,4	61,1	54,1
1915-1919	50,5	54,9	55,6	53,2	55,1	66,3	90,4	93,5	88,7	101,5	91,4	54,1
1920-1925	53,6	62,1	71,2	52,7	73,3	85,1	136,9	151,1	154,5	136,9	98,1	58,6

Fontes: *Registos Paroquiais de Óbitos; Registos de óbitos da Administração do Concelho - católicos e n/ católicos;*

Registos de Óbitos do Hospital da Miseric. de P. Delgada; Livros de Óbitos do Registo Civil

QUADRO N.º 4**T. M. I. POR ENTER. E GASTRENTER. (Estimada)**

área ano	Urb.	Sub.	Rur.	CONC.		
	MF	MF	MF	M	F	MF
1912	73,9	241,3	74,9	103,5	93,7	98,7
1913	92,6	129,3	50,8	94,5	71,8	83,5
1914	80,1	90,1	69,5	92,3	65,9	79,5
1915	50,9	142,7	65,7	87,5	83,1	85,6
1916	75,1	60,2	57,4	70,0	56,5	63,3
1917	64,9	51,4	75,4	67,4	68,3	68,0
1918	103,1	86,0	80,6	95,0	84,1	89,9
1919	63,8	63,2	87,9	83,1	69,0	76,2
1920	61,3	87,7	91,5	83,3	84,7	84,0
1921	39,6	115,3	67,9	83,2	68,7	76,1
1922	93,7	186,7	133,0	148,8	132,8	141,2
1923	68,3	123,5	117,3	109,1	104,5	107,0
1924	46,1	129,9	89,0	84,5	96,9	90,4
1925	53,4	91,6	98,6	93,9	79,9	87,4

A MORTALIDADE INFANTIL NO CONCELHO DE PONTA DELGADA

Fontes: *Livros de Óbitos e de Nascimentos do Registo Civil*

QUADRO N.º 5

T. M. I. POR DEB. CONGÉNITA (Estimada)

área	Urb.	Sub.	Rur.	CONC.		
ano	MF	MF	MF	M	F	MF
1912	41,1	0,0	47,2	46,4	62,4	53,3
1913	18,5	58,8	40,6	44,8	32,2	38,6
1914	46,7	47,7	28,6	52,7	28,6	41,1
1915	50,9	42,4	46,4	55,2	42,7	49,3
1916	41,4	55,8	46,6	43,4	53,5	48,2
1917	33,9	60,4	42,6	38,8	52,0	45,9
1918	23,3	62,5	37,8	44,2	36,3	40,6
1919	26,1	56,9	28,1	32,0	39,7	35,6
1920	22,3	48,5	29,6	32,0	35,3	33,6
1921	25,5	46,1	32,4	31,9	38,7	35,2
1922	18,7	29,5	40,3	38,1	25,5	32,1
1923	31,7	36,3	40,9	46,4	27,6	37,0
1924	21,8	46,4	32,1	34,6	33,2	33,9
1925	17,8	45,8	30,0	37,0	25,2	31,3

Fontes: *Livros de Óbitos e de Nascimentos do Registo Civil*

