

## Sumário

<b>Lista de figuras</b> .....	<b>v</b>
<b>Lista de tabelas</b> .....	<b>ix</b>
<b>Resumo/Palavras-chave</b> .....	<b>x</b>
<b>Abstract/Keywords</b> .....	<b>xi</b>
<b>Agradecimentos</b> .....	<b>xii</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1. As intervenções arqueológicas e o “<i>Quintal da limpeza dos cárceres</i>”</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2. Escavações arqueológicas nas Inquisições de Lisboa e Coimbra</b> .....	<b>4</b>
<b>1.3. O estabelecimento e o crescimento da Inquisição em Portugal</b> .....	<b>5</b>
<b>1.4. O tribunal da Inquisição de Évora e os mortos nos cárceres</b> .....	<b>6</b>
1.4.1. O quotidiano .....	<b>6</b>
1.4.2. Enquadramento cronológico da amostra em estudo .....	<b>9</b>
1.4.3. A acusação e a estrutura dos processos manuscritos .....	<b>12</b>
<b>1.5. Objetivos</b> .....	<b>13</b>
<b>2. MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>15</b>
<b>2.1. Composição e armazenamento da amostra</b> .....	<b>15</b>
<b>2.2. Preparação da amostra</b> .....	<b>15</b>
<b>2.3. Paleodemografia</b> .....	<b>16</b>
<b>2.4. Preservação dos esqueletos</b> .....	<b>18</b>
<b>2.5. Paleomorfologia</b> .....	<b>19</b>
<b>2.6. Paleopatologia</b> .....	<b>21</b>
<b>2.7. Pesquisa histórica dos processos individuais da Inquisição de Évora</b> .....	<b>22</b>
<b>3. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>25</b>
<b>3.1. Paleodemografia</b> .....	<b>25</b>
3.1.1. Número mínimo de indivíduos .....	<b>26</b>
3.1.2. Diagnose sexual .....	<b>26</b>
3.1.3. Estimativa da idade à morte .....	<b>26</b>
<b>3.2. Preservação dos esqueletos</b> .....	<b>29</b>

<b>3.3. Antropologia funerária</b> .....	<b>31</b>
3.3.1. Os irreconciliados da fé da Inquisição de Évora.....	35
3.3.2. Quem eram os descartados no “ <i>Quintal da limpeza dos cárceres</i> ”? .....	36
<b>3.4. Paleomorfologia</b> .....	<b>38</b>
3.4.1. Índices de achatamento e robustez.....	38
3.4.2. Estatura .....	40
3.4.3. Carateres discretos .....	42
<b>3.5. Paleopatologia</b> .....	<b>44</b>
3.5.1. Patologia oral .....	44
3.5.1.1. <i>Perda dentária</i> .....	44
3.5.1.2. <i>Cáries dentárias</i> .....	46
3.5.1.3. <i>Desgaste dentário</i> .....	47
3.5.1.4. <i>A dentição dos esqueletos 2, 5 e 8</i> .....	49
3.5.1.5. <i>Tártaro dentário</i> .....	52
3.5.1.6. <i>Doença periodontal</i> .....	54
3.5.1.7. <i>Hipoplasias do esmalte dentário</i> .....	55
3.5.1.8. <i>Lesões periapicais</i> .....	57
3.5.2. Patologia degenerativa .....	58
3.5.2.1. <i>Articular</i> .....	58
3.5.2.2. <i>Não articular</i> .....	60
3.5.2.3. <i>A etiopatogénese da patologia degenerativa e os processos da</i> <i>Inquisição de Évora</i> .....	62
3.5.3. Patologia vertebral .....	65
3.5.4. Patologia infecciosa .....	66
3.5.4.1. <i>Formações ósseas</i> .....	66
3.5.4.2. <i>Outros casos</i> .....	68
3.5.5. Patologia traumática.....	69
3.5.6. Anomalias congénitas e de desenvolvimento .....	72
3.5.6.1. <i>Anomalias no sacro e no cóccix</i> .....	72
3.5.6.2. <i>Anquiloses nas mãos e nos pés</i> .....	73
3.5.7. Outras condições .....	75
3.5.7.1. <i>Concha bolhosa</i> .....	75
3.5.7.2. <i>Outros casos</i> .....	76
3.5.8. A doença e a morte nos cárceres da Inquisição de Évora .....	78

<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>81</b>
<b>5. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>85</b>
<b>5.1. Bibliográficas .....</b>	<b>85</b>
<b>5.2. Manuscritas .....</b>	<b>99</b>

## **APÊNDICES**

- A.** Tabelas descritivas do número mínimo de indivíduos, caracteres discretos, patologia dentária, osteoartrose e alterações de entese.
- B.** Falecidos nos cárceres durante a Inquisição de Évora (1536 e 1821).
- C.** Descartados no “*Quintal da limpeza dos cárceres*”.

## **ANEXOS**

- A.** Tabela de equivalências utilizada pela Inquisição para a tortura.
- B.** Desenhos de campo dos indivíduos descartados.

## Lista de figuras

### Capítulo 1

1.1.	Gravura do Templo de Diana com edifícios encostados pertencentes à antiga Inquisição.....	I
1.2.	Área este atual do antigo Tribunal da Inquisição de Évora .....	I
1.3.	Planta atual do Jardim das Casas Pintadas e do “ <i>Quintal da limpeza dos cárceres</i> ” com implantação das sondagens .....	I
1.4.	Planta de 1634 do rés-do-chão do edifício do Tribunal da Inquisição de Évora. II	
1.5.	Escavações arqueológicas no “ <i>Quintal da limpeza dos cárceres</i> ” .....	III
1.6.	Cerâmica comum, caçoila de pegas triangulares .....	III
1.7.	Cerâmica “ <i>malagueira</i> ”, prato esmaltado a branco .....	III
1.8.	Representação da tortura da polé .....	IV
1.9.	Representação da tortura do potro .....	IV
1.10.	Acusações dos presos nos cárceres da Inquisição de Évora entre 1533 e 1668 ....	9
1.11.	Sondagem 9 .....	IV
1.12.	Capa do processo nº3649 da Inquisição de Évora .....	IV

### Capítulo 3

3.1.	NMI segundo os métodos aplicados .....	25
3.2.	Percentagens obtidas para a diagnose sexual nos ossários .....	26
3.3.	Comparação das proporções entre sexos dos indivíduos exumados no “ <i>Quintal da limpeza dos cárceres</i> ” e dos falecidos na Inquisição de Évora .....	28
3.4.	Comparação entre as faixas etárias estimadas e as conseguidas através da consulta dos processos dos indivíduos falecidos na Inquisição de Évora .....	28
3.5.	Percentagem de partes anatómicas dos esqueletos por classe de IPA .....	30
3.6.	Percentagem de partes anatómicas dos esqueletos por classe do IQO .....	30
3.7.	Esqueleto 1/6 em decúbito ventral, com a orientação SO-NE.....	V
3.8.	Esqueleto 2 em decúbito lateral, com a orientação SO-NE.....	V
3.9.	Esqueleto 3 em decúbito lateral, com a orientação E-O .....	V
3.10.	Parte superior do esqueleto 4 em decúbito dorsal, com a orientação SE-NO .....	V
3.11.	Parte inferior do esqueleto 4 .....	V
3.12.	Esqueleto 5 em decúbito lateral, com a orientação SO-NE.....	V
3.13.	Esqueleto 7 em decúbito ventral, com a orientação O-E.....	V

3.14.	Esqueleto 8 em decúbito dorsal, com a orientação E-O .....	VI
3.15.	Esqueleto 9 em decúbito dorsal, com a orientação S-N .....	VI
3.16.	Esqueleto 10 em decúbito dorsal, com a orientação SO-NE .....	VI
3.17.	Esqueleto 11 em decúbito ventral, com a orientação SO-NE.....	VI
3.18.	Esqueleto 12 em decúbito lateral, com a orientação O-E.....	VI
3.19.	Orientação dos esqueletos exumados no “ <i>Quintal da limpeza dos cárceres</i> ” ....	32
3.20.	Distribuição dos fêmures de acordo com o índice platimérico.....	38
3.21.	Distribuição dos fêmures de acordo com o índice pilástrico.....	38
3.22.	Distribuição das tíbias de acordo com o índice platicnémico.....	39
3.23.	Distribuição das tíbias e fêmures de acordo com o índice de robustez .....	39
3.24.	Estaturas estimadas a partir dos métodos propostos.....	41
3.25.	Carateres discretos cranianos identificados .....	43
3.26.	Crânio do esqueleto 2 com ossículo na sutura lambdóide.....	VII
3.27.	Abertura septal em ambos os úmeros do esqueleto 8 .....	VII
3.28.	Faceta de agachamento medial na tíbia direita do esqueleto 5 .....	VII
3.29.	Mandíbula do esqueleto 13 com perda dentária total .....	VIII
3.30.	Maxilar 1125-18 onde são observáveis várias lesões cariogénicas .....	VIII
3.31.	Mandíbula do esqueleto 5 com desgaste oclusal acentuado .....	VIII
3.32.	Distribuição do atrito proximal dentário.....	49
3.33.	Maxilar do esqueleto 2 evidenciando perda dentária <i>ante mortem</i> .....	IX
3.34.	Pormenor do maxilar do esqueleto 2 com aspeto pronunciado em depressão no interior das superfícies oclusais .....	IX
3.35.	Pormenor do maxilar do esqueleto 2 onde são observáveis as lesões em forma de cunha e perda de substância dura junto à linha de junção cimento/esmalte .....	IX
3.36.	Mandíbula do esqueleto 2 com perda dentária <i>ante mortem</i> .....	X
3.37.	Pormenor da mandíbula do esqueleto 2 onde é observável o aspeto “espiculado” ou em “serrilha” na dentição anterior .....	X
3.38.	Pormenor da mandíbula do esqueleto 2 onde é observável perda de substância dura do dente junto à linha de junção cimento/esmalte.....	X
3.39.	Maxilar do esqueleto 8 onde é observável a perda de substância dura nos dentes junto à linha cimento/esmalte .....	XI
3.40.	Mandíbula do esqueleto 8 com dentição anterior onde se observa o aspeto em depressão pronunciado no interior das superfícies oclusais .....	XI

<b>3.41.</b>	Mandíbula do esqueleto 8 com lesões em forma de cunha e perda de substância dura junto à linha de junção cimento/esmalte.....	<b>XI</b>
<b>3.42.</b>	Tártaro registado na dentição superior e inferior.....	<b>54</b>
<b>3.43.</b>	Doença periodontal registada nos maxilares e mandíbulas .....	<b>55</b>
<b>3.44.</b>	Pormenor da mandíbula do esqueleto 5 onde são visíveis lesões na linha cimento-esmalte dos caninos e tártaro nos incisivos .....	<b>XII</b>
<b>3.45.</b>	Pormenor do quisto periapical no maxilar do esqueleto 5.....	<b>XII</b>
<b>3.46.</b>	Quisto periapical junto ao ápex do 1º pré-molar direito do maxilar 1125-18 ...	<b>XII</b>
<b>3.47.</b>	Clavícula esquerda do esqueleto 3 com porosidade e labiação .....	<b>XIII</b>
<b>3.48.</b>	Porosidade e labiação no côndilo mandibular esquerdo do esqueleto 5.....	<b>XIII</b>
<b>3.49.</b>	Úmero direito do esqueleto 4 com porosidade e eburnação .....	<b>XIII</b>
<b>3.50.</b>	Ulna direita do esqueleto 1/6 com eburnação .....	<b>XIV</b>
<b>3.51.</b>	Patelas 903-64 e 902A-9 com porosidade extrema e labiação .....	<b>XIV</b>
<b>3.52a.</b>	1º metatarso 905-11( vista superior) com porosidade, labiação e eburnação ..	<b>XIV</b>
<b>3.52b.</b>	1º metatarso 905-11 (vista inferior) .....	<b>XIV</b>
<b>3.53a.</b>	1º metatarso 905-08 (vista superior) com porosidade, labiação e eburnação ..	<b>XIV</b>
<b>3.53b.</b>	1º metatarso 905-08 (vista inferior) .....	<b>XIV</b>
<b>3.54.</b>	Alterações de grau 3 na zona de inserção do músculo <i>gluteus maximus</i> .....	<b>XV</b>
<b>3.55.</b>	Alteração de grau 3 na zona de inserção do músculo <i>deltoideus</i> .....	<b>XV</b>
<b>3.56.</b>	Alterações de grau 2 na zona de inserção do músculo <i>brachialis</i> .....	<b>XV</b>
<b>3.57.</b>	Alteração de grau 3 na zona de inserção do tendão de aquiles.....	<b>XV</b>
<b>3.58.</b>	Profissões dos indivíduos que faleceram nos cárceres da Inquisição de Évora... <b>64</b>	
<b>3.59.</b>	Cinco vértebras com nódulos de Schmorl .....	<b>XVI</b>
<b>3.60.</b>	Ossos remodelados na face lateral da diáfise da tíbia 906-4 .....	<b>XVI</b>
<b>3.61.</b>	Formação de osso novo generalizado no perónio 903-43.....	<b>XVI</b>
<b>3.62.</b>	Formação de osso generalizada no interior das conchas nasais no fragmento de maxilar direito do crânio 1125-1 .....	<b>XVII</b>
<b>3.63.</b>	Destruição óssea na região alveolar dos incisivos e canino direitos no maxilar do crânio 1125-1 .....	<b>XVII</b>
<b>3.64.</b>	Palatino direito do crânio 1125-1 com porosidade .....	<b>XVII</b>
<b>3.65.</b>	Crânio 1125-1 .....	<b>XVII</b>
<b>3.66.</b>	Lesão ovalada no crânio 1125-1 .....	<b>XVII</b>
<b>3.68.</b>	Fratura remodelada no 5º metacarpo esquerdo do esqueleto 1/6.....	<b>XVIII</b>
<b>3.69.</b>	Fratura remodelada numa costela esquerda do esqueleto 1/6.....	<b>XVIII</b>

<b>3.70.</b>	Calo ósseo na 11 <sup>a</sup> costela direita do esqueleto 1/6 .....	<b>XVIII</b>
<b>3.71.</b>	Calo ósseo numa costela direita do esqueleto 1/6 .....	<b>XVIII</b>
<b>3.72.</b>	Fratura remodelada na diáfise da costela 1122-32.....	<b>XVIII</b>
<b>3.73.</b>	Fratura em remodelação na costela 1124-27 .....	<b>XVIII</b>
<b>3.74.</b>	Fratura em remodelação na diáfise da costela 1125-30.....	<b>XVIII</b>
<b>3.75.</b>	Subclassificação de Pipkin das fraturas da cabeça do fémur.....	<b>72</b>
<b>3.76.</b>	Sacro do esqueleto 9 em norma posterior que apresenta problemas de desenvolvimento no 4 <sup>o</sup> e 5 <sup>o</sup> segmentos vertebrais do arco neural .....	<b>XIX</b>
<b>3.77.</b>	Fusão do sacro com o cóccix do esqueleto 10 .....	<b>XIX</b>
<b>3.78.</b>	Fusão do 2 <sup>o</sup> metacarpo e trapezóide direitos do esqueleto 11 .....	<b>XIX</b>
<b>3.79.</b>	Fusão possivelmente simétrica das falanges dos pés no ossário 905 .....	<b>XIX</b>
<b>3.80.</b>	Crânio 1125-18 em norma anterior.....	<b>XX</b>
<b>3.81.</b>	Pneumatização ou hipertrofia da concha média nasal direita .....	<b>XX</b>

## Lista de tabelas

### Capítulo 2

2.1. Intervalos etários de classificação adaptados de Cunha <i>et al.</i> (2009) .....	18
2.2. Carateres discretos odontológicos pesquisados nos maxilares e mandíbulas .....	20
2.3. Carateres discretos pós-cranianos avaliados segundo Finnegan (1978).....	21

### Capítulo 3

3.1. Distribuição da diagnose sexual nos ossários.....	26
3.2. Diagnose sexual e estimativa da idade à morte dos esqueletos .....	27
3.3. Sondagem, sexo, orientação e posição dos esqueletos e respetivos membros .....	32
3.4. Total de acusações dos mortos nos cárceres da Inquisição de Évora.....	37
3.5. Estatura estimada a partir dos úmeros, fémures, M1 e M2 .....	40
3.6. Comparação entre as médias estimadas através dos dois métodos utilizados para a estatura.....	42
3.7. Dentes avaliados, presentes, perdidos e soltos .....	44
3.8. Dentes perdidos <i>ante mortem</i> para os lados direito e esquerdo.....	45
3.9. Dentes afetados por cárie, por lateralidade.....	46
3.10. Distribuição do desgaste oclusal observado na dentição superior.....	47
3.11. Distribuição do desgaste oclusal observado na dentição inferior.....	48
3.12. Dentes maxilares afetados por tártaro .....	53
3.13. Dentes mandibulares afetados por tártaro .....	53
3.14. Dentes maxilares com hipoplasias do esmalte dentário .....	56
3.15. Dentes mandibulares com hipoplasias do esmalte dentário .....	56
3.16. Maxilares presentes e respetivas lesões periapicais .....	57
3.17. Conjuntos de superfícies articulares afetadas por osteoartrose, por lateralidade ...	58
3.18. Frequências de alterações da entese divididas de acordo com o complexo funcional a que pertencem, segundo o método de Mariotti <i>et al.</i> (2007).....	61
3.19. Esqueletos e ossos onde foram identificadas formações ósseas.....	67
3.20. Lesões com origem traumática .....	69
3.21. Ossos que apresentam densidades anormais .....	77
3.22. Indivíduos que se suicidaram nos cárceres da Inquisição de Évora.....	79



## Resumo

O tribunal religioso da Inquisição de Évora esteve ativo entre 1536 e 1821. Através dos restos osteológicos humanos recuperados no “*Quintal da limpeza dos cárceres*” daquele tribunal, este trabalho tem como objetivo a reconstrução demográfica, morfológica e patológica e a sua discussão através de outros estudos paleobiológicos portugueses da mesma época e dos processos individuais históricos dos presos ali encarcerados.

A amostra é constituída por 3 indivíduos masculinos e 9 femininos, todos adultos, e um número mínimo de 16 indivíduos, entre esqueletos e ossos dispersos. A ausência de estruturas e ritualização funerárias e a posição incomum dos esqueletos com várias orientações, sugerem terem pertencido a prisioneiros ali descartados. A pesquisa documental permitiu estabelecer o perfil biológico dos indivíduos mortos no cárcere enquanto o quintal esteve em utilização (38 homens e 47 mulheres de idades compreendidas entre 19 e 80 anos, média=53,97 anos), assim como conhecer as acusações de que foram alvo (maioritariamente judaísmo, heresia e apostasia), as profissões, o tempo de prisão (de 5 dias até 7 anos), as torturas sofridas (polé e potro) e algumas das causas de morte.

Os dados paleomorfológicos permitiram estimar estaturas médias de 1574,50mm±46,9 (N=4, sexo feminino) e 1715,90mm±84,4 (N=3, sexo masculino). Foi observada uma percentagem de 37,9% (96/253) de perda dentária *ante mortem*, 44,8% (30/67) de lesões cariogénicas, 46,1% (59/128) dos dentes com graus de desgaste 5-8 e 8 lesões periapicais em 77,8% (7/9) dos maxilares. As frequências elevadas para a patologia degenerativa, designadamente nos ombros e cotovelos, estarão provavelmente associadas à idade avançada ou à atividade profissional dos indivíduos. Foi ainda discutido o diagnóstico diferencial de lesões dentárias atípicas nos esqueletos 2, 5 e 8, patologia vertebral, lesões traumáticas e outras de possível origem infecciosa, de patologia congénita, concha bolhosa e alguns casos de diagnóstico incerto.

Este é o primeiro estudo conhecido realizado com restos osteológicos humanos de indivíduos que viveram e morreram nos cárceres de uma Inquisição, pelo que o seu contexto único alicerça a importância da escavação total da área do “*Quintal da limpeza dos cárceres*”.

**Palavras-chave:** Prisão; Descartados; Judaísmo; Perfil biológico; Paleopatologia.

## Abstract

The religious court of the Évora Inquisition operated between 1536 and 1821. In 2007 and 2008 an area of 20.75 m<sup>2</sup> from the ‘Jail cleaning yard’ was excavated. Through the study of the human osteological remains recovered and the historical documentation available for this court this work aims the demographic, morphological and pathological reconstruction of the individuals.

The sample is composed of 3 males and 9 females, all adults, and a minimum number of 16 individuals, among skeletons and commingled bones. The absence of funerary structures and the unusual position of the skeletons (4 in dorsal *decubitus*, 4 lateral, 2 ventral, 1 undetermined), with a variety of orientations, suggests that the prisoners corpses were discarded. The research of the individual historical processes of the Inquisition of Évora allowed to establish the individuals biological profile while the place was in use (38 men and 47 women aged between 19 to 80 years, mean=53.97), the charges that were targeted (mainly Judaism, heresy, apostasy), their occupations, the jail times (ranging from a few days up to 7 years), the tortures suffered (strappado and potro) and some of the causes of death.

The morphological data allowed to estimate an average stature of 1574.50mm±46.9 for females (N=4) and 1715.90mm±84.4 for males (N=3). We observed a percentage of 37.9% (96/253) for *ante mortem* tooth loss, 44.8% (30/67) with cariogenic lesions, 46.1% (59/128) teeth with wear degrees 5-8 and 8 periapical lesions. The high frequencies for degenerative pathology, particularly in the shoulders and elbows, are probably associated with the individuals advanced age and professional activity. It was also discussed the differential diagnosis of atypical teeth lesions in the skeletons 2, 5 and 8, spinal and congenital pathology, traumatic injuries, possible infection diseases, *Concha bullosa* and several cases of uncertain etiology. These results were compared with other Portuguese samples from similar chronology.

This is the first study accomplished with human osteological remains of individuals who lived and died in the prison of an Inquisition and their unique context underpins the importance of the future excavation of the all area of the “Jail cleaning yard”.

**Keywords:** Prison; Discarded; Judaism; Biological profile; Paleopathology.

## **Agradecimentos**

*À Professora Doutora Ana Luísa Santos pela paciência, disponibilidade, apoio, sugestões, confiança e, sobretudo, ensinamentos que tanto contribuíram para a constante melhoria deste trabalho;*

*A todos os professores do Mestrado de Evolução e Biologia Humanas, particularmente ao Professor Doutor Vítor Matos e Professora Doutora Ana Maria Silva por terem também contribuído e ajudado na melhoria deste trabalho à medida que ia crescendo;*

*Ao Amigo Gonçalo Lopes, cuja enorme sabedoria e conhecimento tanto me ajudaram neste trabalho e sem o qual talvez ainda hoje não fizesse ideia de que esta coleção existia;*

*À Crivarque, Lda., principalmente à Filipa Rodrigues, e à Professora Doutora Teresa Matos Fernandes por me terem possibilitado o estudo desta amostra;*

*À Archeo'Estudos, Lda. por ter facultado a sede da empresa e o equipamento fotográfico para algumas das fotos que preenchem esta tese, assim como à disponibilidade total para o mais que fosse necessário;*

*Particularmente aos Amigos Zé e Daniela que, embora possam não ter percebido, muito contribuíram para o resultado final desta tese; a todos os Amigos que sempre acreditaram e acreditam em mim;*

*A todas as pessoas e instituições que nos ajudaram com os seus conhecimentos, nomeadamente: Anastasia Tsaliki, Rita Ferreira, Cláudia Cunha, Sérgio Madeira, Museo del Congreso y de la Inquisición do Peru... Todos os esquecimentos que sei que irão acontecer são da minha inteira responsabilidade;*

*À Doutora Ludovina Grilo, do Núcleo de Documentação e Informação da Câmara Municipal de Évora, que ajudou de forma decisiva com a bibliografia e os manuscritos consultados em Évora;*

*Às incansáveis D. Lina (finalmente percebi o porquê do seu nome estar nos agradecimentos de quase todas as teses do departamento) e D. Célia, às técnicas do Arquivo Municipal e Biblioteca Pública de Évora e a todas as técnicas da Torre do Tombo: são o serviço público no seu melhor;*

*À H-M photography (<http://h-m.photoshelter.com/>) pelo auxílio decisivo com as fotografias do material osteológico;*

*À Cristina Lopes e à Eugénia Araújo por todo o apoio em momentos decisivos;*

*À minha mãe, ao meu irmão, à minha avó e também ao meu avô que, por cinco meses, não conseguiu ver o produto final deste trabalho para o qual tanto contribuiu ao longo da minha vida. Obrigado por todas as oportunidades que me criaram e às quais tento retribuir em dobro;*

*À Ângela, por tudo aquilo que passámos juntos, principalmente nestes dois anos e meio, e por tudo o mais que iremos passar...*





## 1. INTRODUÇÃO

Em julho de 2011 Gonçalo Lopes, um dos responsáveis científicos pelas intervenções arqueológicas realizadas no atual Jardim das Casas Pintadas, Évora, alertou-nos para um conjunto de vestígios osteológicos humanos com um contexto associado à Inquisição Moderna portuguesa. Surgiu-nos, desta forma, a oportunidade do estudo de uma amostra que nos foi apresentada como única no mundo e que se encontrava desde 2008 à espera de interessados para uma análise paleobiológica completa.

Na realidade, são vários os trabalhos conhecidos sobre os cárceres ou os prisioneiros em diversos tribunais da Inquisição espalhados pelo mundo, com especial incidência para os de Portugal e Espanha (*e.g.*, Sanjuán, 1979; Braga, 1997; Tostado, 1997; Coelho, 2002; García, 2005). No entanto, até às escavações de 2007/2008, tínhamos um quadro completamente desconhecido quanto ao tratamento que era dado aos indivíduos a partir do momento em que faleciam no cárcere, uma vez que a morte e a Inquisição têm sido quase exclusivamente estudadas no plano histórico que envolve o auto-de-fé. Neste trabalho a morte no cárcere será, assim, o ponto de partida e o fio condutor para o estudo que nos propomos a desenvolver para compreendermos, por exemplo, as formas de vida no interior da prisão do tribunal de Évora. O contexto de um trabalho como este parece-nos importante para a compreensão da magnitude, força e raio de ação da Inquisição e do modo como isso se refletia nos indivíduos acusados, particularmente nos encarcerados.

### 1.1. As intervenções arqueológicas e o “*Quintal da limpeza dos cárceres*”

Entre 1844 e 1849, Cunha Rivara e João Rafael Ramos procederam àquelas que foram as escavações arqueológicas mais antigas realizadas em Portugal, tendo como objetivo a separação do corpo do Templo de Diana do resto do antigo tribunal (figura 1.1.) e, nas palavras de Rivara, “...logo o... demolir para desafrontar o templo, abrir ao redor delle livre acesso...” (BPÉ, II/18), dando-lhe a configuração que atualmente lhe conhecemos (figura 1.2.). De alguns dos resultados destas escavações dão-nos conta os próprios manuscritos de Cunha Rivara que, apesar de bastante incompletos à luz das metodologias atuais, nos enumeram alguns dos materiais recuperados: “*Escavações methodicas. 11 7br. Ossadas humanas na Inq. no pateo e nos carceres dtas na rua da parte dos Loios... Ossos ate ao pavim. to da frente..*” (BPÉ, II/18), ao que se segue a enumeração do material arqueológico de época romana mais significativo. Esta pequena

referência não é suficiente para percebermos, por exemplo, se os ossos estavam em conexão anatómica ou se ali chegaram através de movimentações de terras. Este seria um aspeto central que interessaria discutir no âmbito deste trabalho, mas ao qual não poderemos responder. Sabemos, no entanto, que o material recuperado foi depositado no Museu Municipal de Évora. Silva (1994/1995) refere que “...*desta escavação conserva-se hoje... reduzidíssimo espólio...*”, apenas uma estátua e três fragmentos de esculturas de época romana. Seria este o material que, à época, mais interessaria recolher no sentido de enquadrar aquele que era o grande alvo da escavação: o Templo de Diana. As “...*ossadas humanas...*”, não sendo guardadas como material arqueológico, terão tido outro destino, com alguma probabilidade (e como acontecia até ainda durante o século XX), enterrados no cemitério local. De salientar que nos registos de Cunha Rivara, assim como nas trocas de correspondência para pedidos de apoios para a escavação (enquanto a mesma decorria) e na bibliografia que conhecemos sobre estas escavações, esta é a única referência que conhecemos à descoberta daqueles ossos. É, no entanto, bastante explícita e importante no contexto em que foram recuperados, tendo sido ignorada e não enquadrada no contexto devido pelos investigadores que consultaram os registos de escavação.

Cerca de 150 anos depois, em 2007 e 2008, realizaram-se novos trabalhos arqueológicos no Tribunal da Inquisição de Évora, escavações de onde provêm o material osteológico que constitui a nossa amostra. As várias fases dos trabalhos arqueológicos estiveram a cargo da empresa Crivarque, Estudos de Impacto e Trabalhos Geo-Arqueológicos, Lda.<sup>1</sup> (Rodrigues e Lopes, 2009). Quando necessário, a equipa de arqueologia foi reforçada por uma antropóloga do Laboratório de Antropologia Biológica da Universidade de Évora<sup>2</sup> (Faria e Fernandes, 2007; Costa e Fernandes, 2008). Estas intervenções inseriram-se no plano de recuperação e valorização daquele espaço, dinamizado pela Fundação Eugénio de Almeida (atual proprietária do espaço) e no âmbito do Programa Operacional de Cultura (Rodrigues e Lopes, 2009). Para além do Jardim das Casas Pintadas, foi também escavado um espaço anexo, designado pelos arqueólogos responsáveis como “Horta” (Rodrigues e Lopes, 2009). Ambas as áreas inserem-se no antigo Tribunal da Inquisição de Évora e, como referem Rodrigues e Lopes (2009), os seus limites encontram-se inalterados pelo menos desde 1634, quando

---

<sup>1</sup> Rua José Augusto Torres, Lote 131, r/c esq. e dto., 2350-086, Torres Novas.

<sup>2</sup> Largo dos Colegiais 2, 7004-516, Évora.

são representados por Matheus do Couto (à altura arquiteto da Inquisição portuguesa) na planta do Tribunal da Inquisição de Évora (Couto, 1634) (figura 1.4.). Nessa mesma planta, o primeiro espaço é designado por “*Quintal*” e o segundo por “*Quintal da limpeza dos cárceres*”.

Entre 16 de agosto e 24 de setembro e 5 e 9 de novembro de 2007 realizaram-se sondagens arqueológicas de diagnóstico em ambas as áreas, correspondentes a duas fases diferentes da mesma intervenção. No registo de campo foram utilizados os pressupostos da metodologia de Harris (1991), que consistem na escavação por unidades estratigráficas, as quais devem ser relacionadas e removidas da mais recente para a mais antiga. Se no Jardim das Casas Pintadas não foi recolhido material osteológico humano, no “*Quintal da limpeza dos cárceres*” foram recolhidos nas sondagens 9(0) e 11(0) (figuras 1.3. e 1.5.), correspondentes a três conjuntos principais: 1) o resto de um pé em conexão anatómica; 2) um fémur esquerdo, uma mandíbula e fragmentos de um crânio com metade do atlas em aparente conexão; 3) um crânio depositado sobre o parietal direito, com a mandíbula em conexão anatómica (Faria e Fernandes, 2007; Rodrigues e Lopes, 2009). Como consequência teve lugar uma terceira fase, entre 18 de janeiro e 15 de fevereiro de 2008, onde foram realizados alargamentos das sondagens 9(0) e 11(0), precisamente onde tinham sido identificados esqueletos nas áreas que iriam ser posteriormente afetadas pelo projeto de obra. Esta intervenção levou à identificação de mais ossos humanos em conexão anatómica, assim como de alguns ossários (Costa e Fernandes, 2008; Rodrigues e Lopes, 2009).

As unidades estratigráficas das sondagens onde foram recolhidos ossos humanos foram enquadradas cronologicamente, através do espólio cerâmico recolhido, entre a segunda metade do século XVI e inícios do século XVII (Rodrigues *et al.*, 2008; Rodrigues e Lopes, 2009). Fundamentalmente, foi recolhida uma grande quantidade de cerâmica comum (figura 1.6.), cerâmicas esmaltadas a branco (ditas “*malagueiras*”) (figura 1.7.) e a verde e amarelo sobre engobe, assim como diversas moedas de D. João III (Rodrigues *et al.*, 2008; Rodrigues e Lopes, 2009). Significativo é o facto de não ter sido recolhida faiança pintada a azul que, gradualmente, durante o século XVII, substituiu a “*malagueira*” em território nacional (Dordio *et al.*, 2001; Rodrigues e Lopes, 2009).



## 1.2. Escavações arqueológicas nas Inquisições de Lisboa e Coimbra

Para além de Évora, a Inquisição funcionou em Portugal com tribunais distritais em Lisboa, Porto, Coimbra, Tomar e Lamego. Temos conhecimento da realização de intervenções arqueológicas nos espaços onde estiveram presos indivíduos provenientes da Inquisição de Lisboa e no tribunal da Inquisição de Coimbra. Em nenhum deles foram exumados ossos humanos.

Em Lisboa realizaram-se em 2004/2005 escavações arqueológicas no edifício do Aljube que funcionou como prisão desde época Medieval até 1965 (Ferreira, 2005/2006). Não foi aí que se localizou o edifício da Inquisição de Lisboa, mas por aí passaram bastantes presos dela provenientes (Mateus, 2010/11). Infelizmente, não conseguimos acesso aos relatórios de escavação, mas os resultados científicos produzidos a partir daí não referem a exumação de qualquer tipo de vestígio osteológico humano (Ferreira, 2005/2006; Santos, 2008), informação confirmada pessoalmente com Ana Ferreira, Arqueozoóloga que participou nessas escavações. No edifício da Inquisição de Lisboa, no entanto, a planta de Matheus do Couto (1634:s/p) descreve-nos o local das “*Sepulturas dos presos que la morre*”, isto é, que morriam nos cárceres. Desta forma, também no tribunal distrital daquela Inquisição existiria um local próprio onde os presos que morriam eram depositados.

Em Coimbra realizaram-se trabalhos no Pátio da Inquisição em 1989/1990 (Frade e Caetano, 1994) e desde 2011, tendo em vista a recuperação do espaço (Gervásio, 2011; 2012). Em ambas foram encontradas estruturas e exumado bastante espólio arqueológico importante para o conhecimento da Inquisição de Coimbra, mas em nenhuma há o registo de terem sido recuperados vestígios osteológicos humanos. As escavações mais recentes, por exemplo, realizaram-se em parte da antiga sala de tortura e em três outros espaços, entre os quais duas antigas celas pertencentes àquele tribunal (Gervásio, 2011; 2012). Nas plantas apresentadas por Matheus do Couto (1634) para esta Inquisição não há qualquer referência a um espaço que possa ser entendido como especificamente para os mortos, tal como existia em Lisboa e Évora. O mesmo acontece na planta da Inquisição de Goa, Índia.

### 1.3. O estabelecimento e o crescimento da Inquisição em Portugal

A promulgação da bula *Cum ad nil magis* pelo Papa Paulo III, a 23 de Maio de 1536 (publicada em Pereira, 1984:23-27), marca o estabelecimento da Inquisição em Portugal que, até 1539, funcionou sobretudo na diocese de Évora, onde se encontrava a corte (Bethencourt, 1996). A cerimónia de aceitação da bula, que ocorreu naquela cidade na presença de D. João III e de toda a corte, atribuiu uma grande autonomia à instituição, o poder de produção de legislação própria, de definição e enquadramento da atividade do Santo Ofício, assim como os mecanismos para a criação de uma rede de tribunais no país com poderes delegados pelo inquisidor-geral (Bethencourt, 1996; 2000). Também este possuía um amplo leque de competências delegadas pelo Papa, que foram alargadas com o passar dos anos, enquanto o Santo Ofício procurava aglutinar novas áreas de intervenção (Paiva, 2011).

Depois do estabelecimento da Inquisição em Portugal, o Cardeal D. Henrique, nomeado segundo inquisidor-geral do reino em 1539, foi o motor decisivo para o reforço do seu poder (Polónia, 2005; 2009). A importância do Cardeal está profundamente ligada a Évora uma vez que foi o local onde viveu durante grande parte do tempo em que foi nomeado inquisidor-geral do reino (Polónia, 2009). Évora era a segunda sede da corte, uma cidade cosmopolita, onde vivia um conjunto de homens de letras, artistas, dramaturgos e músicos atraídos pela sua presença (Polónia, 2009).

O tribunal da Inquisição pretendia essencialmente a vigilância da «pureza da fé», a repressão da heresia e a disciplina de crenças e condutas religiosas (Paiva, 2011). A bula de Maio de 1536 concede ao tribunal do Santo Ofício o direito de julgar aqueles que tivessem cometido, favorecido ou ocultado atos de criptojudáísmo, protestantismo, criptoislamismo e feitiçarias (Polónia, 2009; Paiva, 2011). No entanto, o âmbito jurisdicional do Santo Ofício rapidamente se alargou a outras acusações: em Novembro do mesmo ano estende-se à bigamia, à posse de versões da Bíblia em línguas vernáculas e a vários tipos de blasfémias; em Fevereiro de 1552 a negociantes de armas e outras mercadorias com muçulmanos e restantes infiéis; entre 1553 e 1555 à sodomia; em 1608 passa a ser da exclusiva jurisdição do Santo Ofício o julgamento da solicitação em confissão (Paiva 2011). Nos quase duzentos anos que se seguiram o Santo Ofício esteve sempre atento àquelas que considerava serem novas heresias (Paiva 2011).

A estratégia de reforço de poder da Inquisição passou por várias etapas. Por um lado, pela organização territorial da sua atividade (Bethencourt, 1996), com a criação de tribunais de distrito com um corpo burocrático instalado num local central (Évora, Lisboa e Coimbra, depois do desaparecimento dos do Porto, Tomar e Lamego). Depois porque o Cardeal D. Henrique dotou a Inquisição de uma orgânica funcional e eficaz, quer através da nomeação de um conselho-geral da Inquisição, quer através da regulamentação do seu funcionamento, com a criação dos seus dois primeiros regimentos, em 1552 e 1570 (Bethencourt, 1996; Polónia, 2005; 2009). Outro aspecto importante desta estratégia é o da gradual autonomia económica da Inquisição em relação à coroa, quer através do confisco de bens a alguns dos acusados, quer através da coleta permanente e não dependente do rei (Polónia, 2005). O enraizamento profundo na sociedade portuguesa foi outro aspeto importante: se os crimes, para serem conhecidos, exigiam uma população vigilante e delatora (a principal forma de abertura de um processo), o seu funcionamento necessitava de ser agilizado por um conjunto de agentes criado pela instituição (Bethencourt, 1996; Polónia, 2005; 2009). Durante o período filipino o Santo Ofício sofreu várias transformações, por exemplo, institucionais ou sociológicas (Pulido, 2007; Codes, 2009). No entanto, as bases que iriam perdurar durante o período de existência do tribunal no nosso país foram globalmente estabelecidas durante o século XVI e é com elas que o Santo Ofício vai atuar durante a maior parte da sua existência (Bethencourt, 1996; 2000).

#### **1.4. O tribunal da Inquisição de Évora e os mortos nos cárceres**

##### 1.4.1. O quotidiano

*“Quatro palmos de casa cabe a cada hum. Aos mortos são concedidos sete pés de sepultura, e nem tantos de casa cabem a cada um destes desgraçados vivos...”* (Vieira, 1821:26).

Os regimentos que a Inquisição vai publicando desde a sua instituição em Portugal em 1536 são documentos bastante informativos quanto ao quotidiano nos cárceres da Inquisição. A relação entre presos e guardas, por exemplo, foi definida em 1540, com a promulgação do *“Regimento do carcereiro da cadeia da Santa Inquisição”* (publicado em Pereira, 1984:79). Diz-nos que os guardas dos cárceres não podiam comer com os presos ou sequer comunicar com eles ou com os seus familiares, sob pena de serem

castigados. Foi o que aconteceu com Gaspar Ribeiro, guarda dos cárceres, preso pelo Santo Ofício a 13 de Junho de 1652, acusado de servir de correio entre presos e pessoas no exterior (ANTT, proc. 528).

Depois do regimento de 1540 foram publicados cinco regimentos gerais da Inquisição (1552, 1570, 1613, 1640 e 1774). O de 1552, para além de confirmar aquelas disposições, reforçava-as ao afirmar que os guardas deviam zelar por “...*se nas comidas os de fora enviam alguns avisos e sinais aos presos...*” ou vigiar “...*de saber o que os presos fazem e praticam e comunicam...*” (Regimento de 1552, Capítulo 103º in Pereira, 1984:67). Deveriam também estar atentos às doenças dos encarcerados, pelo que “...*havendo enfermidade... dará conta disso aos inquisidores para o proverem...*” (Regimento de 1552, Capítulo 104º in Pereira, 1984:68) e, se nesta situação “...*pedir confessor, se lhe dará pessoa de confiança...*” (Regimento de 1613, Título IV, XXI, in Silva, 1855a:33). Estava também regimentado que os guardas não podiam “...*lançar ferros a nenhum preso... e quando fizerem coisa para que mereçam castigo, o fará saber aos inquisidores...*” (Regimento de 1552, Capítulo 102º in Pereira, 1984:67), pelo que os presos deveriam ser tratados pelos guardas “...*com toda benignidade e bom tratamento que fôr possível...*” (Regimento de 1552, Capítulo 105º in Pereira, 1984:68). Não podiam ainda jogar cartas ou dados e deveria existir uma luz acesa durante a noite. O Alcaide do Cárcere deveria ainda vigiar os presos dia e noite, acompanhar as visitas exteriores e providenciar que as esmolas concedidas fossem justamente partilhadas pelos presos. Haveria também especial cuidado com as mulheres, cujas prisões “...*as façam com toda a honestidade devida, para que não haja escândalo...*” (Regimento de 1613, Título VI, XII, in Silva, 1855a:53).

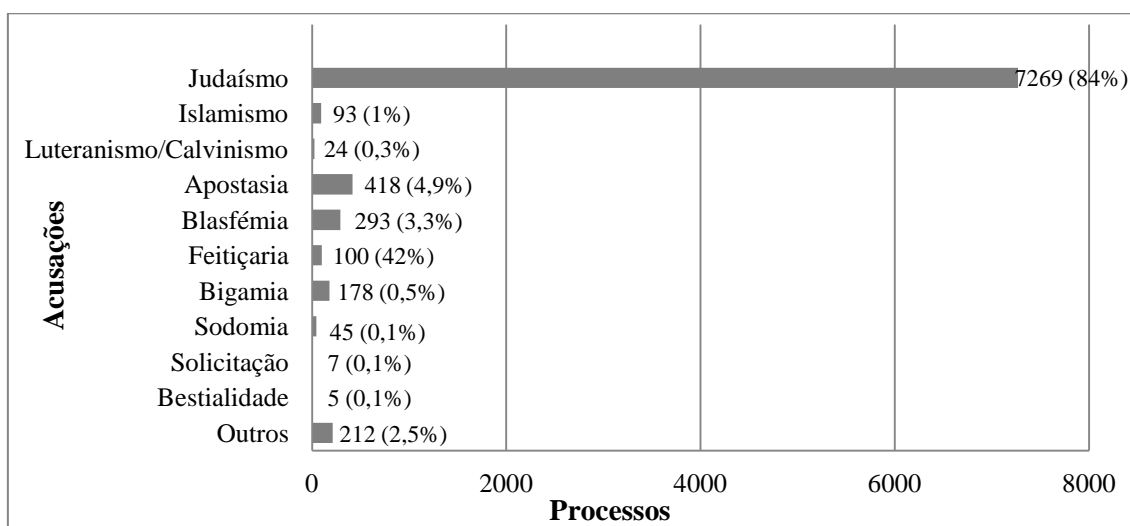
Mas até que ponto pelo menos algumas destas preocupações regimentadas tinham uma componente prática no quotidiano dos presos? As descrições da época do Padre António Vieira, que contribuíram para que a Inquisição portuguesa fosse suspensa entre 1674 e 1681, são elucidativas. Refere que os cárceres de Évora eram pequenos (cerca de 3,6x2,9m) e escuros, com uma pequena fresta por onde entrava alguma claridade. Sentados não tinham luz natural (apenas à noite era fornecida uma candeia e azeite), pelo que comiam às escuras (Vieira, 1821). Para além disso, em cada cárcere eram por vezes colocados quatro ou cinco presos (ou até mais) que recebiam um cântaro de água e outro para a urina e fezes, que eram despejados a cada oito dias. Neste particular, no verão eram muitos os bichos no cárcere e o mau cheiro bastante intenso (Vieira, 1821).

Vieira explica ainda detalhadamente o quotidiano no cárcere de Coimbra e Évora: “*He também móvel daqueles carceres hum estrado, que toma meia casa, em que fazem as camas, e são ainda assim tão húmidos, que sobre os estrados, em poucos dias lhe apodrecem as esteiras das camas...Considerem-se bem estas angustias em huma casa de quinze palmos de comprido, e doze de largo, cinco homens com cinco cantaros de agoa, e outros cinco de ourina, e hum, ou dous servidores oito dias; qual será sua moléstia e afflicção!...*” (Vieira, 1821:25).

Os presos no cárcere de Évora estavam também sujeitos às torturas que ali se praticavam, oficialmente as da polé (figura 1.8.) e do potro (figura 1.9.), utilizadas exclusivamente para fazerem os presos confessarem as culpas de que eram acusados. A tortura da polé foi preferencialmente utilizada pela Inquisição de Évora (Baião, 1921) e era aplicada por ordem crescente de gravidade das acusações, observada numa tabela de equivalências (Baião, 1953; Coelho, 2002) (anexo A, figura 1.1.). O réu era colocado no banco com as mãos atadas com correias atrás do corpo e ligadas ao calibre que o içava. Era depois erguido até onde a gravidade da sua acusação o levava e largado lenta ou bruscamente (Baião, 1921; Coelho, 2002). Na tortura do potro, que apenas foi pedida pela Inquisição de Évora em 1593 (Coelho, 2002), o réu era deitado com uma coleira em ferro no seu pescoço e era atado em várias partes nos braços e pernas. As cordas eram depois apertadas e giradas como um torniquete, pressionando de forma progressiva os membros do condenado e podendo chegar ao ponto de esmagar a sua carne e ossos (Baião, 1921; Innes, 2001; Coelho, 2002). Em alguns casos a tortura do potro era ainda associada à tortura do pano e do púcaro de água, de forma a causar uma sensação de asfixia ao acusado (Baião, 1921; Pereira, 1984; Innes, 2001; Mendes, 2003). Mas outras torturas eram utilizadas, não para os presos confessarem os crimes de que eram acusados, mas quando não se comportavam segundo as regras. Uma vez mais as descrições do Padre António Vieira são um exemplo bastante esclarecedor: “*Se acaso se atrevem a falar huma palavra de um cárcere para outro, he indispensavel a pena, e o mesmo se batem nas paredes. E por qualquer destas cousas, o castigo he pôr mordaças, e açoutes pelos corredores...E por estas cousas, lhes dão açoutes tão cruéis, que alguns padecem muitos dias, mezes, e anos, intoleraveis dores, e inchações das costas, de que ficão acháques perpétuos*” (Vieira, 1821:33-34). E as mulheres também não escapavam a estes castigos. Vieira refere ainda que “*...basta que bata hum, para todos serem*

*castigados os que estão na companhia. O peccante he castigado porque bateo, ou falou; e os outros, porque o não accusarão; e assim nenhum escapa”* (Vieira, 1821:34).

No seu exaustivo trabalho sobre a Inquisição de Évora, António Borges Coelho refere que entre o início da Inquisição e 1668 (cronologia onde se enquadra a datação relativa obtida através do espólio arqueológico recolhido nas intervenções de 2007/08) foram apresentados e/ou presos no tribunal de Évora 4123 homens e 4521 mulheres, num total de 8644 indivíduos, tendo sido relaxados em auto-de-fé 445 (Coelho, 2002). Quanto aos crimes de que eram acusados, o de judaísmo prevalece com grande distância, com 7269 acusações (7269/8644, 84,1%). Seguem-se os de apostasia, blasfémia, bigamia, entre outros (Coelho, 2002), sendo que os dois primeiros estão também normalmente associadas a práticas judaicas (figura 1.10.). É desta forma bem evidente que grande parte das acusações estão associadas aos desvios da fé católica, a esmagadora maioria de natureza judaica.



**Figura 1.10.** Acusações dos presos nos cárceres da Inquisição de Évora entre 1533 e 1668 (adaptado de Coelho, 2002).

#### 1.4.2. Enquadramento cronológico da amostra em estudo

Os primeiros edifícios adquiridos pela Inquisição estavam virados a nascente para o Templo de Diana e, do lado oposto, para uma travessa que ia desde o terreiro do Marquês ao terreiro do Bispo (largo da Sé), como observam Caetano e Carvalho (2003), através da análise de documentação da época, fundamentalmente onde algumas décadas mais tarde iriam ser instalados os novos cárceres. Infelizmente, a dita travessa não foi identificada nas escavações de 2007 e 2008 (Rodrigues e Lopes, 2009).

Em 1555 os primeiros edifícios adquiridos pareciam tornar-se pequenos para o crescimento que a instituição vinha tendo, uma vez que D. João III escreve à Câmara de Évora afirmando que “...o cardeal Ifante Dom amrique meu muito amado e presado irmão me disse que por as casas do carcere da Santa Inquisição serem pequenas auia necessidades de se larguarem o que não podia ser senão pêra a parte dos açougues tomando para isso o ar e alto delles...” (ADÉ, 1/213). O objetivo era o de encontrar uma nova localização na cidade para os açougues de Évora, localizados no Templo de Diana, ocupando a área que se alargava desde os primeiros edifícios até lá. No entanto, a 21 de Julho de 1568, ainda o cardeal D. Henrique solicita a cedência da travessa que separava o tribunal dos açougues à cidade de Évora “...porque isto he para obra tão necessaria...” mandando, para além disso, “...comprar as casas de Ruy Borges para as obras, e oficinas do Santo Officio...” (ADÉ, 6/282). Sabemos que as obras de ampliação estão finalmente a decorrer a 5 de Julho de 1571, onde, através de carta, o mesmo Cardeal D. Henrique refere a existência de “... muitas pessoas presas... e o dito cárcere não ser capaz de mais gente, especialmente fazendo-se nele obra...” (Documento 99 in Pereira, 1987:93), obras que obrigaram mesmo à transferência dos presos para o cárcere de Lisboa. Este crescimento físico é consequência do enraizamento contínuo que a Inquisição conhecia, quando o próprio Regimento do Conselho Geral de 1570, consciente disso mesmo, refere que, com o dinheiro dos confiscos feito aos acusados, se “...poderá mandar fazer de novo e reparar os cárceres e casas da Inquisição...” (documento XVII in Pereira, 1984:104). Se os dados arqueológicos referem os finais do século XVI como a data de início de uso do “*Quintal da limpeza dos cárceres*”, terá sido então em data posterior a 1568, depois deste projecto de aquisições e ampliações, que o “*Quintal da limpeza dos carceres*” começou efetivamente a ser utilizado como lixeira. Por esta altura, a sua área terá sido desobstruída, tal como mostram os dados arqueológicos, através da demolição e inutilização das estruturas que aí se encontravam na sondagem 9 (Rodrigues e Lopes, 2009). Este era, de facto, o espaço ideal para a função que lhe foi atribuída, localizado no lado oposto à entrada principal do edifício (onde foi adquirido o primeiro conjunto de casas), na periferia das outras dependências e de fácil acesso a partir dos cárceres.

Por outro lado, através dos dados históricos e arqueológicos disponíveis, poderemos também obter alguns dados sobre o fim da utilização daquele espaço. A cerâmica proveniente da escavação diz-nos que o espaço foi inutilizado como tal nas primeiras

décadas do século XVII. Neste sentido, e depois do alargamento dos cárceres até aos açougues, apenas a 21 de Maio de 1622 é conhecida a autorização para novas obras no edifício da Inquisição de Évora, que incluíam a construção de alguns pilares, o alargar do “...*tavoleiro da escada da entrada da salla da dita Inquisição... da parte do açougue até o fim do pilar...*” (ADÉ, 2/224). As obras assinaladas na planta de 1634 de Matheus do Couto, devem ter acontecido durante os anos que se seguiram àquela autorização, onde são visíveis obras em alguns cárceres, dispensas e casas de custódia (Couto, 1634:s/p) e em que o arquiteto realça “...*tudo o que nesta traça se ve de encarnado se fez de novo...*” (Couto, 1634:s/p). Depois das obras completas, realizadas a mando do inquisidor-geral D. Francisco de Castro, será esta configuração que o edifício da Inquisição irá manter até ao fim deste tribunal em 1821.

Segundo Mendes (2003), terá sido em 1631, que a estrutura onde se inserem as Casas Pintadas foram totalmente adquiridas e adaptadas a residência privativa dos Inquisidores e cuja função é confirmada na planta de 1634. Os Inquisidores recém-chegados certamente não queriam ter uma lixeira paredes meias com um local de natureza tão nobre como aquele e recém-adquirido para sua moradia. Terá sido então nesta conjuntura de novas construções e adaptações que o “*Quintal da limpeza do cárcere*” terá terminado a sua função de lixeira. O ano de 1634 é então aquele em que sabemos, através da planta de Matheus do Couto, que as obras estavam definitivamente prontas. Os dados arqueológicos apontam nesse sentido: em primeiro lugar através da cronologia atribuída ao material arqueológico exumado, como vimos atrás. Em segundo lugar porque, na sondagem 9, foi identificado um muro que limitava o local a partir de onde os mortos no cárcere eram colocados (figura 1.11.), muro esse que terá sido reaproveitado das demolições que a Inquisição levou a cabo no local depois de adquirir os respetivos edifícios. Nas sondagens 8 e 10, implantadas na metade nordeste do quintal, não foi identificado qualquer osso humano. Estes foram apenas recolhidos nas sondagens 9 e 11, a sudoeste do muro 1. Este muro (ou qualquer outra estrutura dentro do quintal) já não se encontra representado na planta de Matheus do Couto, o que transparece que o espaço teria sido unificado muito provavelmente pelas obras atrás referidas e que, nessa data, já não funcionava como lixeira; teria antes função idêntica aos outros quintais ou pátios assinalados na mesma planta. Desta forma, a lixeira onde foram depositados os indivíduos que aqui estudamos terá sido pontual ou regularmente utilizada entre os limites cronológicos máximos de 1568 a 1634.



O que é certo é que o regimento da Inquisição de 1640 refere, no Título XIV, XV, que “...o preso, que morrer, será enterrado no logar ordinário, com distincção, e sinal de sepultura, para que a todo o tempo se possa saber onde estão seus ossos...” (Silva, 1855b:290), disposição que muito provavelmente será também resultado do que se passava na Inquisição de Évora.

#### 1.4.3. A acusação e a estrutura dos processos manuscritos

O método mais eficiente para a descoberta de potenciais crimes praticados era o da denúncia de terceiros (Lima, 1999; Pieroni, 2000). O processo era iniciado desde as primeiras diligências para averiguação da culpa e as delações eram examinadas cuidadosamente, havendo uma procura de informação de detalhes da vida pessoal antes da prisão dos réus. Depois de presos, os indícios eram acumulados, sem qualquer tipo de acusação formal ou possibilidade de defesa (Lima, 1999; Pieroni, 2000). O processo orientava-se para a comprovação da veracidade das suspeitas iniciais (Lima, 1999). Mesmo em fases adiantadas do processo poderiam ser incluídas novas acusações e aqui era visível uma das maiores peculiaridades do tribunal do Santo Ofício: o segredo, isto é, o réu em nenhum momento do processo sabia do que era acusado, tendo, ao mesmo tempo, que declarar todas as culpas das acusações de que era alvo (Lima, 1999). Se não o fizesse era torturado.

Os processos apresentam na capa um resumo (nome, profissão, data de prisão e morte, entre outros) (figura 1.12.), seguido pela descrição de como e quando o carcereiro recebia o réu no cárcere. Eram depois narradas minuciosamente as “*Culpas*” de que era acusado o réu (quer provenientes de delações, quer das transcrições de outros processos), as “*Admoestações*” (eram normalmente três sessões, segundo Lipiner [1999], onde o réu era intimado a declarar culpas) e a “*Tortura*” que era efetivada se as culpas de que era acusado o réu não fossem por ele confessadas. Os acusados podiam ir uma ou duas vezes à casa da tortura, dependendo das culpas confessadas da primeira vez. Alguns resistiam de início à declaração de culpas, cedendo finalmente no momento em que começavam a ser amarrados. Outros eram torturados porque a declaração das suas culpas não coincidia com a da acusação. Nos processos dos mortos no cárcere é redigido, a determinada altura, o “*Auto de Morte*” e as “*Diligências*” sobre a morte do réu, que pretendiam clarificar se a morte era natural (isto é, causada por doença) ou se provocada (por suicídio ou homicídio). Mas mesmo depois do réu ter falecido o

processo não terminava. O próximo passo passava por elaborar uma “*Carta citatória*”, afixada à porta da igreja da freguesia do falecido e que convocava os seus familiares para a sua defesa. Finalmente era dada a “*Sentença*” póstuma. Se o réu fosse ilibado, teoricamente era convocada a sua família para enterrar o corpo do defunto em sagrado. Se fosse dado como culpado, era mandado pelos inquisidores que os seus ossos fossem desenterrados e queimados com a estátua ou efígie do réu no próximo auto-de-fé realizado na cidade. Segundo Lipiner (1999), nestes casos o acusado era representado por imagens de papelão ou por manequins de palha e estopa colocadas em pequenas gaiolas.

### **1.5. Objetivos**

Neste trabalho teremos como objetivo essencial a tentativa de reconstrução da vida e morte do homem e mulher de Época Moderna num contexto histórico bastante específico que é o da Inquisição Portuguesa de Évora. Para isso, usaremos o esqueleto humano como a base da pesquisa a que nos propomos, investigando de forma pluridisciplinar a paleobiologia nos vestígios materiais que dele nos restam. Tentaremos assim reconstruir o mundo dos vivos através de três disciplinas essenciais da Antropologia: a paleodemografia, a paleomorfologia e a paleopatologia. A sua análise resultará numa discussão que será organizada fundamentalmente de duas formas: em primeiro lugar, utilizaremos outras amostras osteológicas portuguesas, também datadas de época Moderna, para enquadrar os resultados obtidos. Serão utilizados os trabalhos de Tereso (2009) e Graça (2010), ambos resultantes da análise dos restos osteológicos humanos procedentes do Largo Cândido dos Reis, em Santarém; o trabalho de Benisse (2005), que resulta da análise da população exumada no adro da igreja do Convento do Carmo, em Lisboa; e finalmente o trabalho de Godinho (2008), que analisa o material osteológico proveniente da necrópole do Colégio de Santo Antão-o-Novo, também em Lisboa. Em segundo lugar, será utilizado o registo histórico pesquisado, principalmente os dados dos processos individuais de indivíduos mortos no cárcere da Inquisição de Évora. Através desta investigação histórica, associada aos dados arqueológicos das escavações de 2007 e 2008, tentaremos dar vida, não só aos últimos dias, meses ou anos dos indivíduos aqui estudados, como também até ao momento em que os seus cadáveres foram depositados no “*Quintal da limpeza dos cárceres*”.

A preservação dos esqueletos da amostra em estudo será também abordada. A necessidade da obtenção de dados contextuais a partir da sua adequada interpretação transformou esta disciplina numa componente de análise de enorme importância desde o momento em que os ossos são escavados até à sua análise laboratorial (Martin, 1999; Dirkmaat *et al.*, 2008). No fundo, o estado de preservação dos esqueletos vai afetar a análise dos outros aspetos paleobiológicos (Garcia, 2005/2006), pelo que é essencial uma correta interpretação da sua afetação nos ossos do esqueleto humano.

Finalmente, através da Antropologia Funerária, tentaremos caracterizar o tratamento *post mortem* dado aos falecidos nos cárceres de Évora, na tentativa de percebermos se *enterramento* é a caracterização correta para os depósitos de cadáveres humanos naquela lixeira, como é referido, por exemplo, no relatório antropológico de campo (Costa e Fernandes, 2008), ou se, por outro lado, deverá ser caracterizado de outra forma. Tentaremos fundamentalmente perceber quem eram aquelas pessoas e o porquê de terem sido colocadas no “*Quintal da limpeza dos cárceres*”.

## **2. MATERIAL E MÉTODOS**

### **2.1. Composição e armazenamento da amostra**

Os trabalhos arqueológicos e antropológicos desenvolvidos no “*Quintal da limpeza dos cárceres*” permitiram a escavação e exumação de 13 esqueletos de Época Moderna, assim como a recuperação de vários ossários (Costa e Fernandes, 2008; Rodrigues e Gonçalves, 2009). Após a sua exumação foram acondicionados em sacos identificados com a sua proveniência e armazenados em depósito em diferentes locais: os esqueletos foram depositados no Pátio Matos Rosa do Pólo da Mitra, na Universidade de Évora, com o intuito de lhes ser feita a respetiva análise antropológica (cujos resultados foram dados a conhecer em Costa e Fernandes [2008]); os ossários foram depositados, conjuntamente com os ossos não humanos, em sacos de plástico etiquetados, colocados dentro de contentores e armazenados na sede da empresa Crivarque, Lda., sem que qualquer tipo de tratamento ou estudo lhes tivesse sido feito depois disso. Estas diferentes formas de organização estiveram relacionadas com a circunstância de apenas os esqueletos terem sido utilizados para a elaboração do relatório final antropológico de campo<sup>3</sup>.

De salientar ainda que nunca chegamos a ter acesso à totalidade do esqueleto 12 (apenas a um saco com algumas costelas direitas), cujo destino dos ossos após a escavação é atualmente desconhecido. Desta forma, para a sua integração neste trabalho, foram utilizados, sempre que possível, os resultados descritos em Costa e Fernandes (2008).

### **2.2. Preparação da amostra**

Os restos osteológicos humanos começaram a ser preparados quando nos foi dado acesso ao material nos respetivos locais de depósito. Os contentores com os ossários foram recolhidos na empresa Crivarque, Lda. no dia 7 de setembro de 2011 e os esqueletos nas instalações da Universidade de Évora, a 30 de setembro de 2011.

Uma vez que em nenhum dos relatórios de escavação é referido o tratamento que foi dado ao material osteológico humano recolhido, descrevemos de seguida, para além da nossa preparação, o estado em que se encontravam. Os ossos dos esqueletos estavam

---

<sup>3</sup> Informação fornecida pessoalmente por Gonçalo Lopes, diretor científico de campo das intervenções arqueológicas realizadas no Jardim das Casas Pintadas.

acondicionados em sacos plásticos e em contentores próprios. Depois de abertos os sacos, verificámos que os ossos estavam limpos e separados, quer por partes anatómicas (esqueleto axial e apendicular), quer por lateralidade. Por outro lado, principalmente os ossos longos, estavam já marcados e alguns dos seus fragmentos tinham sido colados. Começamos então por confirmar a lateralidade das peças ósseas e proceder à colagem/recolagem dos fragmentos ósseos, mas com fita adesiva Tesa “para pintura universal”. De seguida, procedeu-se ao acondicionamento individual de cada esqueleto em contentor próprio, de forma a evitar ao máximo a fragmentação dos ossos, principalmente daqueles mais fragilizados. Quanto aos ossários, a sua situação era um pouco mais complexa. Os ossos humanos não tinham sido limpos e encontravam-se ainda misturados com a fauna, pelo que tinham que ser identificados e separados. Numa primeira fase os ossos foram limpos com uma escova de dentes. Tivemos em atenção a fragilidade do material, assim como a possibilidade de existirem evidências de lesões que poderiam ser afetadas pela limpeza. Numa segunda fase, os ossos não humanos que não ofereciam dúvidas na sua identificação foram separados para novos sacos, etiquetados e devolvidos à empresa Crivarque, Lda.; os ossos humanos foram também colados e marcados, acondicionado dentro de novos sacos, etiquetados e armazenados em contentores. Os ossos que ofereciam mais dúvidas quanto a serem ou não humanos, normalmente os mais fragmentados, foram colocados num novo saco e contabilizados como indeterminados.

Quanto à marcação dos ossários, foi passada uma primeira camada de verniz incolor e, após a sua secagem, escrita a sigla e o número de unidade estratigráfica correspondente, com uma caneta *Rotring isograph* de tinta-da-china preta. Foi finalmente passada uma segunda camada de verniz, de forma a preservar mais eficazmente a marcação realizada. Uma vez que a sigla *JCP FEA* – Jardim das Casas Pintadas Fundação Eugénio de Almeida – tinha sido utilizada para a marcação de alguns ossos, foi mantida nos restantes ossos. Foi apenas acrescentada na marcação a unidade estratigráfica correspondente, assim como o número de osso (por exemplo, *JCP FEA 1125-12*), de forma a identificar a proveniência de cada um.

### **2.3. Paleodemografia**

Na análise paleodemográfica foram analisados três parâmetros: o número mínimo de indivíduos (NMI), a diagnose sexual e a estimativa da idade à morte.

Para o NMI de foram utilizados dois métodos: o desenvolvido por Herrmann (1990 *in* Silva, 1993) para os ossos longos do esqueleto pós-craniano e o método descrito em Ubelaker (1974), para os restantes tipos de peças ósseas completas e fragmentadas. Alguns ossos não foram aqui incluídos devida à sua baixa representatividade (dentes), à sua fragmentação (costelas e vértebras, à exceção do atlas e áxis) e às dificuldades em atribuição da respetiva lateralidade (costelas e falanges). O facto de estarmos perante uma lixeira e de nos termos deparado com vários sacos de ossos longos com a indicação de que poderiam pertencer a determinado esqueleto, fez com que optássemos por contabilizar o NMI por sondagem e tendo em conta que os ossos longos provenientes de ossários poderão pertencer aos esqueletos da respetiva sondagem que não os apresentavam em articulação.

Quanto à diagnose sexual foram aplicados métodos que tiveram em conta a representatividade de cada osso, assim como os diferentes graus de fragmentação em que se encontravam. Para além disso, e dada a importância da fidedignidade da leitura dos dados em questão, foram aplicados, sempre que possível, metodologias desenvolvidas em populações portuguesas. Em alternativa, quando se verificava a sua ausência, foram aplicados métodos com fiabilidade elevada em populações preferencialmente europeias. No esqueleto axial, mais concretamente no crânio, foram aplicadas, quando possível, as metodologias apresentadas por Ferembach *et al.* (1980) e Buikstra e Ubelaker (1994). Quanto aos métodos de Loth e Henneberg (1996; 2000), aplicados na mandíbula, vários trabalhos têm demonstrado enviesamento nos seus resultados (por exemplo, Kemkes-Grottenthaler *et al.*, 2002; Balci *et al.*, 2005; Oettlé *et al.*, 2009), com fiabilidades bastante oscilante entre sexos e abaixo dos 75%. Neste trabalho estas metodologias não foram aplicadas, excetuando nas situações em que não era possível aplicar outras. Quanto ao esqueleto apendicular foram aplicados métodos para a diagnose sexual nos ossos longos dos membros superiores e inferiores, osso ilíaco, astrágalo e calcâneo. Nos membros superiores e inferiores foram aplicadas as metodologias de Cardoso (2000) e Wasterlain (2000). No osso ilíaco foram aplicados métodos de Ferembach *et al.* (1980), Buikstra e Ubelaker (1994) e Bruzek (2002). No calcâneo e no astrágalo foi aplicado o método de Silva (1995). De salientar que será feita a análise inter-observador para a diagnose sexual, utilizando os resultados de Costa e Fernandes (2008).

Finalmente, para a análise da idade à morte, o estado de adulto foi confirmado através da fusão das epífises, de acordo com os critérios propostos por Scheuer e Black (2000). Para os adultos foram adaptados os intervalos etários de Cunha *et al.* (2009). No entanto, e de forma a conseguirmos enquadrar a idade à morte dos esqueletos ao mesmo nível das idades identificadas nos processos da Inquisição de Évora, foi feito um ajuste, da mesma forma que em Garcia (2007). Consistiu em reduzir o limite máximo da faixa etária dos adultos jovens, de forma a fazê-la coincidir com a idade máxima a que funde a extremidade esternal da clavícula segundo MacLaughlin (1990), isto é, os 29 anos (tabela 2.1.). Quanto à confirmação da idade à morte dos adultos maduros e idosos as dificuldades foram maiores, devido à falta de métodos dos quais resultem elevados graus de fiabilidade e que não impliquem grandes intervalos etários. Neste particular, e seguindo as recomendações de Cunha *et al.* (2009), foi sempre que possível utilizada a conjugação de pelo menos dois métodos diferentes. Foram assim utilizadas as metodologias de Iscan e Loth (1993) e de DiGangi *et al.* (2009) para as costelas e de Bedford *et al.* (1989) e Brooks e Suchey (1990) para o osso ilíaco. Para além disso, foram aplicados no acetábulo os métodos desenvolvidos por Rissech *et al.* (2006; 2007) e por Rougé-Maillart *et al.* (2009). Não foram utilizadas metodologias para determinar a idade à morte em adultos através do encerramento das suturas (por exemplo, Masset, 1982), devido à sua falta de fiabilidade (Cunha *et al.*, 2009).

**Tabela 2.1.** Intervalos etários de classificação adaptados de Cunha *et al.* (2009).

Intervalo etário	Idade (anos)
1ª infância	Nascimento - 6
2ª infância	7 – 12
Adolescente	13 – 20
Adulto jovem	21 – 29
Adulto maduro	30 – 49
Adulto idoso	> 50

Quanto à confirmação da idade à morte dos adultos maduros e idosos as dificuldades foram maiores, devido à falta de métodos dos quais resultem elevados graus de fiabilidade e que não impliquem grandes intervalos etários. Neste particular, e seguindo as recomendações de Cunha *et al.* (2009), foi sempre que possível utilizada

a conjugação de pelo menos dois métodos diferentes. Foram assim utilizadas as metodologias de Iscan e Loth (1993) e de DiGangi *et al.* (2009) para as costelas e de Bedford *et al.* (1989) e Brooks e Suchey (1990) para o osso ilíaco. Para além disso, foram aplicados no acetábulo os métodos desenvolvidos por Rissech *et al.* (2006; 2007) e por Rougé-Maillart *et al.* (2009). Não foram utilizadas metodologias para determinar a idade à morte em adultos através do encerramento das suturas (por exemplo, Masset, 1982), devido à sua falta de fiabilidade (Cunha *et al.*, 2009).

#### 2.4. Preservação dos esqueletos

A análise preservacional dos esqueletos foi realizada através da observação macroscópica e baseou-se na metodologia proposta por Bello *et al.* (2006). A preservação dos ossos humanos foi então verificada através da utilização de três índices: o Índice de Preservação Anatómica (IPA), o Índice de Representatividade Óssea (IRO) e o Índice de Qualidade Óssea (IQO).

O IPA é um índice através do qual se tenta perceber a quantidade de material ósseo presente e foi elaborado a partir de um outro índice proposto por Dutour (1989 *in* Bello *et al.*, 2006). Pretende mostrar o rácio entre a percentagem de osso preservado e o

número total de ossos do esqueleto, estando dividido pelas classes 1 (0% do osso preservado), 2 (1-24%), 3 (25-49%), 4 (50-74%), 5 (75-99%) e 6 (100%).

O IRO, adaptado de Dodson e Wexlar (1979 *in* Bello *et al.*, 2006), mede a frequência de cada osso na amostra e define o rácio entre o real número de ossos recolhido e o número total de elementos ósseos esperado na amostra de esqueletos:

$$\text{IRO} = 100 \times \frac{\Sigma \text{ número de peças ósseas recolhidas}}{\text{número total esperado}}$$

Neste índice as vértebras cervicais, torácicas e lombares, assim como as costelas, mãos e pés são contadas como um elemento único.

Finalmente, o estado de preservação das superfícies corticais foi avaliado através do IQO, definido por Bello *et al.* (2003 *in* Bello *et al.*, 2006), e não é mais que o rácio da parte preservada e afetada da superfície cortical em cada osso. Foi determinado através das classes 1 (0% da superfície cortical conservada), 2 (1-24%), 3 (25-49%), 4 (50-74%), 5 (75-99%) e 6 (100%).

Nos três índices foi adotada a divisão em 44 partes anatómicas, tal como em Dutour (1989 *in* Garcia 2005/2006). São considerados bem preservados os valores obtidos em cada índice iguais ou superiores a 50%.

## **2.5. Paleomorfologia**

Para a análise métrica paleomorfológica foram analisados os índices de achatamento e robustez do fémur e da tíbia, tal como propostos por Martin e Saller (1957 *in* Olivier e Demoulin, 1984).

Quanto à estatura, foram aplicados nos ossos longos os métodos de Cardoso (2000) e Mendonça (2000), tendo-se evitado a utilização de outros (por exemplo, Trotter e Gleser, 1952) cuja fiabilidade é questionada para populações não europeias. Nos metatársicos foi aplicado o método de Santos (2002) (publicado em Cordeiro *et al.*, [2009]). Não foram aplicados métodos no esterno (por exemplo, os elaborados por Menezes *et al.*, 2009 ou Singh *et al.*, 2011 a partir da sua análise em populações asiáticas) um vez que o trabalho de Marinho *et al.* (2012) mostra a sua menor fiabilidade numa população portuguesa em relação aos aplicados, por exemplo, nos ossos longos.



Finalmente, a análise dos caracteres não métricos ou epigenéticos no corpo humano foi feita em vários ossos do crânio (incluindo nos dentes) e pós-cranianos.

Seguindo as recomendações de Hauser e De Stefano (1989) foram selecionados os caracteres revelados pelos ossículos ptérico, *asterion*, bregma e nas suturas coronal, sagital, lambdóide e *incisurae* parietal; nas suturas metópica, supranasal e infraorbital; nos *foramina* parietais, infraorbitários acessórios e *mental* duplo; nos canais condilares intermédios e posteriores e *facies articulares bipartite*; no *torus* palatino e maxilar; e finalmente, na mandíbula, o *torus* mandibular, a ponte mielohióide e os *foramina mentales*.

Os caracteres discretos odontológicos foram selecionados a partir de Dahlberg (1956 *in* Silva, 2002) e do Arizona State University Dental Anthropology System (ASU), concebido por Turner II *et al.* (1991) (tabela 2.2.). No entanto, nos carates discretos que dizem respeito ao número de cúspides da dentição mandibular, foi apenas observado quantas existem e não os graus da escala de Turner II *et al.* (1991). Serão avaliados os caracteres discretos na dentição superior e inferior.

**Tabela 2.2.** Caracteres discretos odontológicos pesquisados nos maxilares e mandíbulas.

Dentição	Carateres	Método	Dente
Maxilar	<i>Shovelíng</i>	Turner II <i>et al.</i> (1991)	IC/IL/C
	<i>Tuberculum dentale</i>		IL
	Crista distal acessória		C
	<i>Parastyle</i>		1º, 2º e 3º M
	Cúspide de <i>Carabelli</i>		
	<i>Hypocone</i> (Cúspide 4)		
Tubérculo distal acessório (Cúspide 5)			
Mandibular	Crista distal acessória	Turner II <i>et al.</i> (1991)	C
	<i>Fovea anterior</i>	Dahlberg, 1956 ( <i>in</i> Silva, 2002)	1º, 2º e 3º M
	Padrão de cúspides		

IC=Incisivo central; IC=Incisivo Lateral; C=Canino; PM=Pré-Molar; M=Molar.

Quanto aos caracteres discretos no pós-crânio, foram observados segundo as recomendações de Finnegan (1978). Apenas não foi observado o sulco pré-auricular, uma vez que é atualmente tido como um fator discriminante observado na diagnose sexual e não propriamente como um carater discreto ou epigenético (tabela 2.3.).

**Tabela 2.3.** Carateres discretos pós-cranianos avaliados segundo Finnegan (1978).

<b>Ossos</b>	<b>Caráter discreto</b>
<b>Atlas</b>	Ponte posterior e lateral; Forma da faceta (simples ou dupla);
<b>Esterno</b>	Perfuração esternal;
<b>Escápula</b>	<i>Foramen supraescapular</i> ; Sulco circunflexo; Faceta articular acromial;
<b>Úmero</b>	Abertura septal;
<b>Fémur</b>	Fossa de Allen; Faceta de Poirier; Placa; Fossa hipotrocanteriana; Exostose na fossa trocanteriana; Terceiro trocânter;
<b>Patela</b>	Chanfradura de vastus; <i>Emarginate patella</i> ;
<b>Tíbia</b>	Facetas de agachamento lateral e medial;
<b>Astrágalo</b>	Faceta média; Superfície articular inferior; Extensão lateral;
<b>Calcâneo</b>	Faceta dupla anterior; Faceta ausente anterior; Tubérculo peronal.

## 2.6. Paleopatologia

Este capítulo terá como um dos objetivos essenciais o diagnóstico diferencial das alterações encontradas nos restos osteológicos humanos. Para o conseguirmos, efetuou-se uma cuidada análise macroscópica de cada uma das peças ósseas, seguida do registo da alteração (quando existe) e do seu registo fotográfico.

Para a análise paleopatológica dentária, foi observada a perda de dentes *ante mortem* a partir das recomendações de Hillson (2001) e Wasterlain (2006). Os vários tipos de cáries foram analisados segundo as escalas de Hillson (2001) adaptadas em Wasterlain (2006). Foi registada uma lesão cariogénica nos dentes que apresentassem pelo menos uma cárie de grau 3 ou superior na superfície oclusal, no local *pit* e área de contato mesial, distal, bucal ou lingual ou uma cárie de grau 5 ou superior na raiz mesial, distal, bucal ou lingual ou nas facetas de atrito, segundo o método de Hillson (2001) adaptado por Wasterlain (2006). As hipoplasias do esmalte dentário foram observadas segundo as recomendações de Schultz (1988 *in* Steckel *et al.*, 2005) e a doença periodontal segundo as de Kerr (1988a; 1988b; 1998 *in* Wasterlain *et al.*, 2011). Para a análise individual dos esqueletos consideramos, segundo a escala de classificação de Kerr (1988; 1989), dentição saudável se a mesma não apresentasse qualquer grau superior a 1; a presença de gengivite quando o indivíduo apresentava pelo menos uma alteração do osso alveolar com grau 2 (no máximo); e a presença de periodontite quando o indivíduo apresentava pelo menos uma alteração com grau 3 ou superior. As lesões periapicais foram observadas segundo as recomendações de Dias e Tayles (1997) e Dias *et al.* (2007), enquanto o tártaro foi avaliado segundo a escala de Buikstra e Ubelaker (1994). A escolha deste método deveu-se essencialmente à sua simplicidade em relação a outros (por exemplo, o de Greene *et al.*, 2005). Finalmente, apesar de não ser propriamente

uma patologia, foi ainda observado o atrito oclusal segundo o sistema de Smith (1984 *in* Wasterlain, 2006), assim como o atrito mesial e distal, como definidos por Hillson (2001) e adaptados por Wasterlain (2006).

Para a análise da patologia degenerativa articular foi feita a observação macroscópica das superfícies articulares dos esqueletos e dos ossários e os resultados serão apresentados através dos conjuntos articulares temporo-mandibulares, ombros, cotovelos, pulsos, mãos, ancas, joelhos, tornozelos e pés. O registo da osteoartrose (OA) foi assim realizado de acordo com as recomendações de Rogers e Waldron (1995), sendo assinalada através de classificação binária, como presente ou ausente, quando a superfície articular era afetada por eburnação ou por porosidade e labiação. Para além disso, a OA nas superfícies articulares temporo-mandibulares foi também observada segundo as recomendações de Rando e Waldron (2012). Para a patologia degenerativa não articular foi realizada a observação macroscópica das 23 zonas de inserção de músculos e ligamentos do esqueleto apendicular propostas pela metodologia de Mariotti *et al.* (2007), assim como o seu agrupamento por complexos funcionais, como referido pelos mesmos investigadores.

Para a aplicação dos métodos métricos, apresentados em milímetros (mm), foi utilizada a tábua osteométrica, a fita métrica, a lupa e a craveira. Os dados obtidos e a construção gráfica foram auxiliados através da utilização do programa Microsoft Office Excel 2007 e as adaptações de ilustrações ou plantas através do CorelDraw X3.

## **2.7. Pesquisa histórica dos processos individuais da Inquisição de Évora**

Para conhecermos de uma forma mais detalhada os indivíduos que compõem a amostra que aqui estudamos, assim como o tratamento que lhes foi dado na morte, consultámos algumas fontes manuscritas que poderiam fazer essa abordagem, particularmente os processos individuais dos presos nos cárceres do tribunal de Évora que se encontram na Torre do Tombo, em Lisboa. Numa primeira fase foi feito o levantamento dos mortos nos cárceres através da consulta dos 11775 sumários dos processos no espaço de tempo em que a Inquisição esteve ativa em Évora, isto é, entre 1536 e 1821<sup>4</sup>. O resultado foi uma lista de 265 indivíduos que pode ser consultada no apêndice B, tabela 1.1. Este inventário tornou-se essencial, uma vez que nos permitiu obter informações bastante

---

<sup>4</sup> Os sumários dos processos da Inquisição de Évora (assim como alguns dos processos integrais) podem ser consultados em <http://digitarq.dgarq.gov.pt/details?id=2362048>.

pormenorizadas quanto ao perfil biográfico daqueles cujos ossos são a razão de ser deste trabalho.

Como vimos no capítulo 1.4.2., a lixeira onde foram depositados os indivíduos que aqui estudamos terá sido pontual ou regularmente utilizada entre 1568 a 1634. O cruzamento destes dados com os dos 265 falecidos nos cárceres da Inquisição de Évora reduz o número total para 87. Serão os dados obtidos através da consulta destes processos que nos ajudarão no enquadramento e discussão dos resultados que apresentamos para o estudo paleobiológico. Infelizmente, apenas 42 estavam bem conservados e, portanto, acessíveis para consulta na Torre do Tombo. Dos restantes apenas tivemos acesso aos sumários.

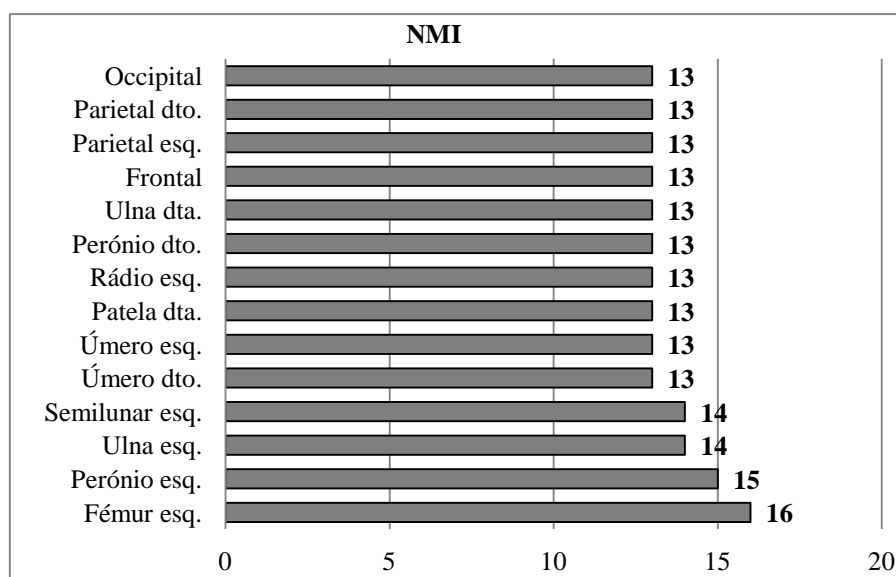


### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1. Paleodemografia

##### 3.1.1. Número mínimo de indivíduos (NMI)

Para além dos 12 indivíduos em articulação foram encontrados, nas sondagens 9 e 11, 980 ossos humanos desarticulados. O primeiro passo foi verificar, comparando cor, tamanho, entre outros aspetos, se estes ossos poderiam pertencer aos primeiros, o que não se verificou. Posteriormente foi estimado o NMI a partir dos ossos inteiros e fragmentados. Os dados podem ser consultados no apêndice A, figuras 1.1. a 1.3. Na figura 3.1. é possível observar que foi o fémur, perónio, ulna e semilunar esquerdos que contribuíram com os valores mais altos.



**Figura 3.1.** NMI segundo os métodos de Ubelaker (1974) e Herman *et al.* (1990 in Silva, 1993).

Foi assim identificado um número mínimo de 16 indivíduos, segundo o conjunto de fémures esquerdos. Os perónios esquerdos permitiram registar um número mínimo de 15 indivíduos, os semilunares e as ulnas esquerdos de 14 e os úmeros, os parietais, a patela direita, o rádio esquerdo, o perónio direito, a ulna direita, o frontal e o occipital de 13.

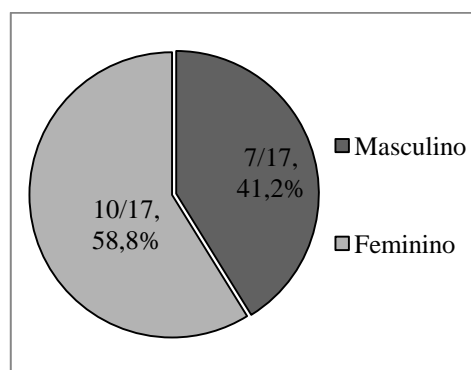
### 3.1.2. Diagnose sexual

Os resultados dos métodos aplicados para a diagnose sexual de 11 dos 12 indivíduos em articulação evidenciam a exumação de 8 (8/11, 72,7%) do sexo feminino e 3 (3/11, 27,3%) do sexo masculino. Apesar de não termos tido acesso aos ossos do esqueleto 12, é referido no relatório antropológico de campo que se enquadra no sexo feminino (Costa e Fernandes, 2008) através da aplicação do método de Ferembach *et al.* (1980), pelo que estes resultados serão também utilizados ao longo deste trabalho. Para além disso, os resultados observados em Costa e Fernandes (2008) para a diagnose sexual dos restantes indivíduos são idênticos aos nossos.

Quanto aos ossos soltos foi possível aplicar os métodos propostos para a diagnose sexual em 17 peças ósseas (17/72, 23,6%): cinco cranianas (5/45, 11,1%), duas mandíbulas (2/5, 40%), cinco fêmures (5/12, 41,7%), três astrágalos (3/4, 75%) e dois calcâneos (2/6, 33,3%). Os resultados mostram dez peças ósseas do sexo feminino (10/17, 58,8%) e sete do sexo masculino (7/17, 41,2%) (tabela 3.1.; figura 3.2.).

**Tabela 3.1.** Distribuição da diagnose sexual nos ossários.

Osso	Sigla	Sexo
Crânio	902A-50	M
	903-63	M
	903-75	F
	1125-1	F
	1126-18	F
Mandíbula	903-48	F
	1125-10	F
Fémur	902A-3	M
	903-42	M
	1125-15	F
	3-0-1	M
	3-0-2	F
Astrágalo	902A-36	M
	1124-14	F
	1124-15	F
Calcâneo	903-60	F
	906-1	M



**Figura 3.2.** Percentagens obtidas para a diagnose sexual nos ossários.

Devido à sua fragmentação não foi possível aplicar qualquer dos métodos propostos nos úmeros (0/11, 0%), rádios (0/6, 0%), coxais (0/3, 0%) e tíbias (0/9, 0%).

### 3.1.3. Estimativa da idade à morte

Foi possível estimar a faixa etária de 9 (9/12, 75%) esqueletos: 7 adultos maduros (7/12, 58,3%) e 2 adultos idosos (2/12, 16,7%). Nos restantes 3 indivíduos (3/12, 25%) não foi

possível aplicar qualquer dos métodos propostos, embora a observação macroscópica dos ossos presentes tenha permitido verificar que são adultos (tabela 3.2.).

De referir que Costa e Fernandes (2008) não aplicaram métodos para a idade à morte em adultos maduros ou idosos, pelo que não poderemos estabelecer comparações nesse sentido. O esqueleto 12 foi considerado, tal como os restantes, “*adulto não jovem*” (Costa e Fernandes, 2008:14). Nos ossários, os coxais 3-0-4, 902A-12 e 1117-2 foram as únicas peças

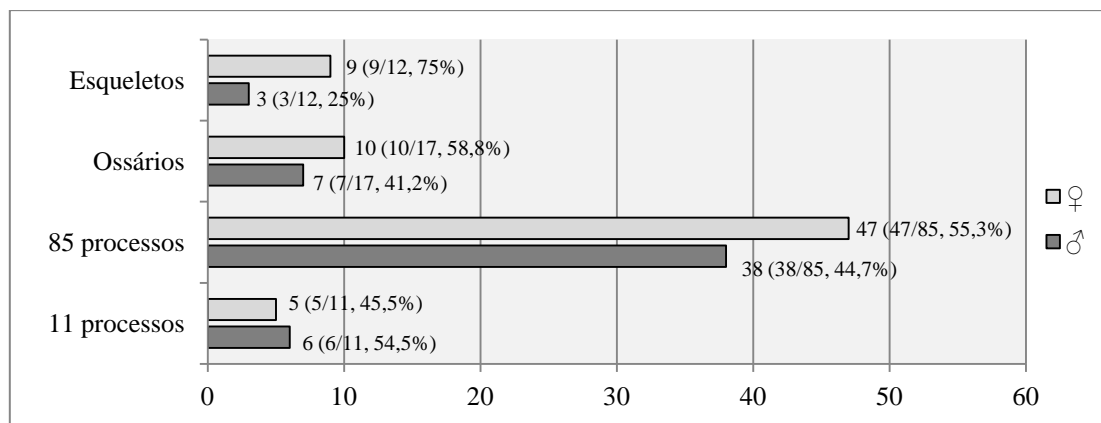
**Tabela 3.2.** Diagnose sexual e estimativa da idade à morte dos esqueletos.

Esqueleto	Sexo	Faixa etária	
1/6	M	Adulto	Maduro
2	M		Maduro
3	F		Maduro
4	F		Idoso
5	F		Maduro
7	F		Maduro
8	F		Maduro
9	M		Idoso
10	F		Maduro
11	F		Indeterminada
12	F		Indeterminada
13	F		Indeterminada

ósseas nas quais foi possível aplicar pelo menos um dos métodos adotados, tendo sido enquadrados na faixa etária de *adulto idoso*. Todos os restantes ossos observados encontram-se com as respetivas epífises fundidas, sendo assim pouco provável a presença de não-adultos.

Os estudos paleodemográficos das populações do passado têm um efeito profundo na interpretação de uma população humana, pelo que a reconstrução de estruturas demográficas a partir dos restos osteológicos humanos, apesar de alguma controvérsia recente, torna-se essencial (Konigsberg e Frankenberg, 2002; Storey, 2007; Nagaoka e Hirata, 2008). Apesar do contexto deste estudo ser bastante diferente de qualquer outro desenvolvido, por exemplo, no adro de uma igreja, aquela premissa não se altera. Mais ainda se tivermos em conta a oportunidade da consulta dos pormenorizados processos individuais dos 85 potenciais descartados no “*Quintal da limpeza dos cárceres*” e a sua associação com os resultados obtidos para a diagnose sexual e idade à morte. Para além disso, através da consulta daqueles processos, foram identificados 11 onde é descrito que, depois de morrerem, o seu cadáver foi efetivamente colocado no “*Quintal da limpeza dos cárceres*” (apêndice C, tabela 1.1.) A conjugação destes dados permite assim um conhecimento mais aprofundado (quer do perfil biológico, quer biográfico) destes indivíduos. No que diz respeito à diagnose sexual, os resultados obtidos mostram alguma concordância quando comparados com os da consulta dos processos da Inquisição de Évora (figura 3.3.).

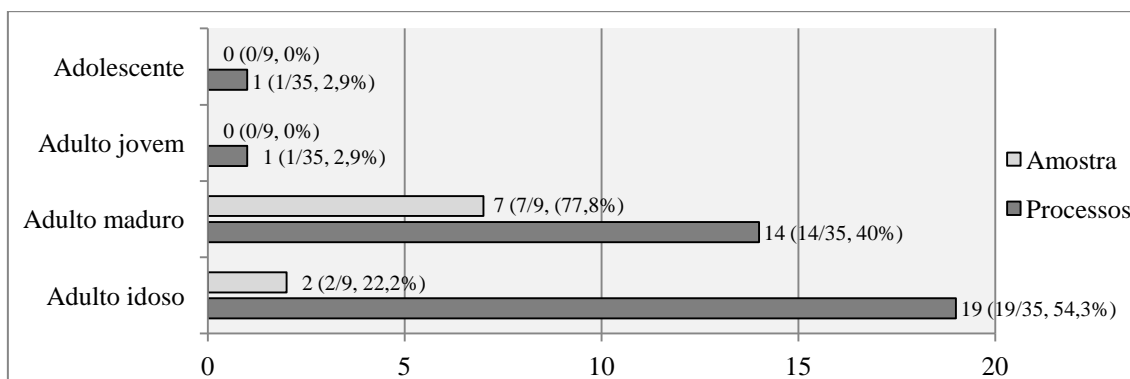




**Figura 3.3.** Comparação das proporções entre sexos dos indivíduos exumados e dos falecidos nos cárceres da Inquisição de Évora entre 1568 e 1634, dos quais 11 podem integrar a amostra.

Existe uma efetiva maioria de indivíduos femininos nos esqueletos (9/12, 75%) e ossários (10/17, 58,8%), tal como entre os 85 processos consultados (47/85, 55,3%). Entre estes, nos 11 processos de indivíduos colocados no quintal, há um pequeno desfasamento em relação aos restantes resultados, talvez em parte devido a serem apenas onze. Recorde-se que apenas foram escavados 20,75m<sup>2</sup> da área do *quintal*.

No que diz respeito às faixas etárias, e apesar de só ser referida a idade em 35 dos processos (35/85, 41,2%), existe também uma relativa concordância entre as idades estimadas e os processos de Évora (figura 3.4.).



**Figura 3.4.** Comparação entre as faixas etárias estimadas nos indivíduos da amostra e as conseguidas através da consulta dos processos dos indivíduos falecidos nos cárceres da Inquisição de Évora entre 1568 e 1634.

Dos 35 indivíduos cujas idades são referidas, o mais novo é Isabel Gomes de “19 ou 20 anos” (ANTT, proc. 5254). No outro extremo temos Maria Lopes (ANTT, proc. 4876), André Mendes (ANTT, proc. 6358) e Luís Álvares (ANTT, proc. 7455), cuja idade referida é de 80 anos. A idade média é de 53,97 anos.

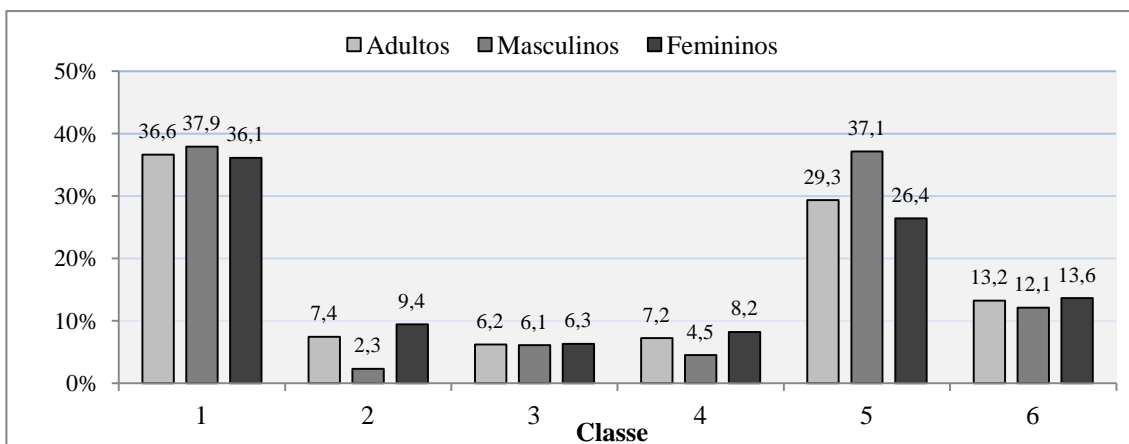
À partida, não seria expectável a exumação de indivíduos enquadráveis na 1ª infância. Apesar disso, sabemos que nos cárceres da Inquisição de Lisboa nasceram 39 crianças e houve um aborto entre 1634 e 1713 (Braga, 1997). Não temos números para Évora, mas também não sabemos qual o tratamento de que seriam alvo se morressem naqueles cárceres. Quanto a isso, os regimentos da Inquisição consultados nada referem. A ausência de não-adultos e adultos jovens neste estudo está de acordo com a sua baixa representatividade nos processos consultados (2/35, 5,7%). Quanto à idade de prisão, no regimento de 1613 é afirmado que “...sendo menores de vinte annos... os Inquisidores usarão de muita misericórdia, e os receberão caritativamente a reconciliação...” (Título I, IX *in* Silva, 1855a:29). O regimento de 1640 é mais específico, afirmando que aos menores de 10,5 anos (masculinos) 9,5 anos (femininos) os “... mandarão pôr em casa de um Official da Inquisição, e com rogos, e ameaças a procurarão reduzir e confessar...” (Livro II, Título IV, III *in* Silva, 1855b:305). Daí até aos 14 anos (masculinos) e 12 (femininos) eram observadas de forma a perceber-se se eram “...capazes de dolo para poderem pecar...” (Livro III, Título I, XII *in* Silva, 1855b:345). Ambos os regimentos referem que a partir dessas idades já seriam tratados da mesma forma, com a exceção de ser atribuído curador aos presos menores de 25 anos (Regimento de 1640, Livro II, Título V, IV a VII *in* Silva, 1855b).

Como vimos atrás, todos os esqueletos aos quais foi possível aplicar métodos para estimar a idade à morte enquadram-se nas faixas etárias dos adultos maduros e idosos (9/9, 100%), o que está de acordo com a tendência verificada nos processos de Évora (33/35, 94,3%). Quanto aos 11 cadáveres que sabemos terem sido colocados no quintal, sabemos apenas as idades de seis, que variam entre os 30 e os 65 anos (média=47,2 anos). Mais uma vez, estas idades estão de acordo com os resultados obtidos.

### **3.2. Preservação dos esqueletos**

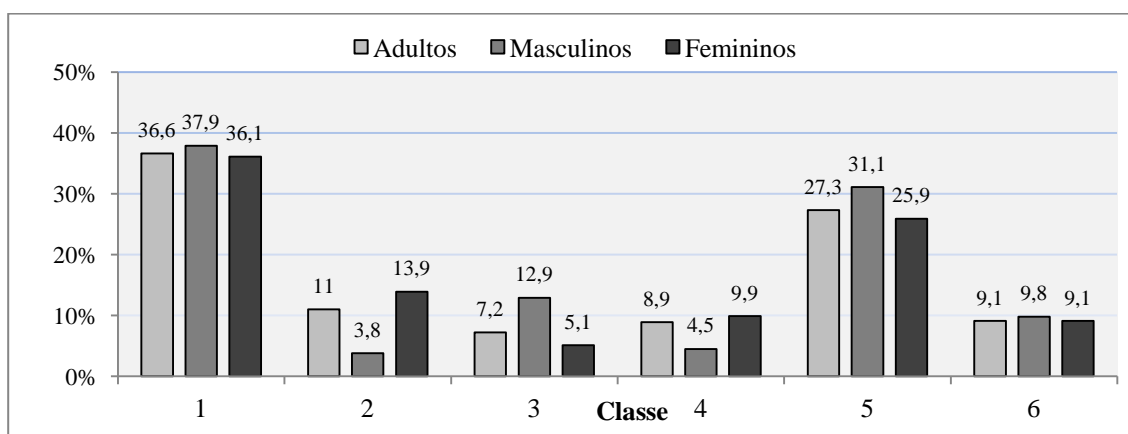
No Índice de Preservação Anatômica (IPA), uma percentagem mais elevada de partes anatómicas enquadra-se nas classes 1 (36,6%), 5 (29,3%) e 6 (13,2%). Segundo as indicações de Bello *et al.* (2006), 50,2% das partes anatómicas do total de esqueletos (N=11) encontram-se mal preservadas (classes 1 a 3) e 49,7% bem preservadas (classes 4 a 6). Uma maior percentagem de partes anatómicas masculinas enquadra-se nas melhores classes de preservação (4 a 6) (53,7%) em relação às femininas (48,2%). Os

esqueletos masculinos encontram-se assim bem preservados, ao contrário dos femininos (figura 3.5.).



**Figura 3.5.** Percentagem de partes anatómicas dos esqueletos por classe de IPA, segundo o método de Bello *et al.* (2006).

As partes anatómicas dos esqueletos evidenciam um Índice de Representatividade Óssea (IRO) de 63,1%. As de sexo feminino apresentam uma representatividade mais elevada (63,4%) em relação às de masculino (62,1%). Finalmente, para o Índice de Qualidade Óssea (IQO), as partes anatómicas enquadram-se com maior frequência nas classes 1 (36,6%), 5 (27,3%) e 2 (11%). 54,8% das partes anatómicas dos esqueletos encontram-se mal preservadas (classes 1 a 3) e 45,3% bem (classes 4 a 6). As partes anatómicas do sexo masculino apresentam valores um pouco mais elevados enquadrados nas melhores classes de preservação (classes 4 a 6) (45,4%) em relação às do feminino (44,9%), embora ambos abaixo dos 50% (figura 3.6.).



**Figura 3.6.** Percentagem de partes anatómicas dos esqueletos por classe do IQO, segundo o método de Bello *et al.* (2006).

Genericamente, o IPA e o IQO encontram-se abaixo dos 50%, enquanto o IRO mostra que 63,1% das partes anatómicas estão representadas. Apesar de uma representatividade bastante aceitável, a preservação e qualidade desses mesmos ossos não é satisfatória, o que terá prejudicado, em certa medida, o seu estudo. Apesar da utilização de uma metodologia diferente deste trabalho, os resultados de Garcia (2005/2006; 2007) para a preservação das partes anatómicas mostram, tal como os nossos, valores médios mais altos para o sexo masculino. Já nas três coleções estudadas por Bello *et al.* (2006) foram obtidos valores médios mais elevados para o IPA e IRO dos ossos do sexo masculino. Neste trabalho é o sexo feminino que apresenta um IRO mais elevado, embora a amostra pequena possa ter sido decisiva para esses resultados.

### **3.3. Antropologia funerária**

Dos 12 esqueletos exumados no “*Quintal da limpeza dos cárceres*” (figuras 3.7. a 3.18; anexo B, figuras 1.1. e 1.2.) um elemento fundamental e comum a quase todos é que não foi aberta uma sepultura para a sua colocação. Foi identificada apenas para o 4, sendo que os restantes foram depositados diretamente na lixeira, sem qualquer tipo de sepultura estruturada ou vala de inumação própria.

Quando ao padrão das deposições em ambas as sondagens é variável, quer na orientação do corpo, quer na sua posição (tabela 3.3.; figura 3.19.). Através dos registos arqueológicos de campo, cinco dos indivíduos foram depositos com a orientação sudoeste-nordeste, dois oeste-este, dois este-oeste, um Sudeste-Noroeste e um sul-norte. Quanto ao decúbito, quatro foram recuperados em dorsal, quatro em lateral e três em ventral. Há apenas um (o 13) do qual não temos registos quanto à orientação e ao decúbito. Para além disso, quer os indivíduos masculinos (1 ventral, 1 lateral, 1 dorsal), quer os femininos (2 ventral, 3 lateral, 3 dorsal), foram colocados em diferentes decúbitos, pelo que não parece haver relação entre ambos os parâmetros.

Quanto à posição dos membros é também bastante variável. Nos superiores não encontramos dois indivíduos depositados da mesma forma, enquanto os inferiores apresentavam algumas variações bastante atípicas, como é o caso dos membros cruzados dos esqueletos 4 e 11. Para além disso, não foi encontrado material arqueológico funerário associado, sendo que os estratos que envolvem os indivíduos são heterogêneos, com concentrações de carvões, fragmentos de fauna e de materiais cerâmicos (Rodrigues e Lopes, 2009). Tal como a denominação de “*Quintal da limpeza*

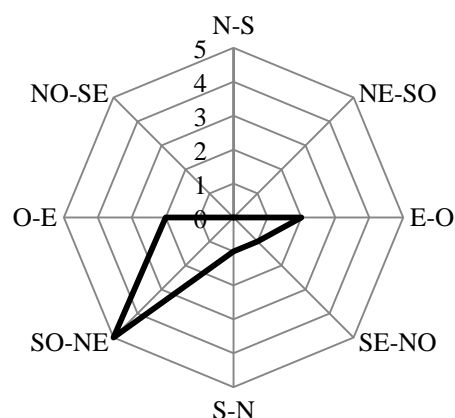
dos cárceres” sugere, estes materiais foram colocados ao acaso depois de inutilizados nos cárceres da Inquisição de Évora. Esta seria assim uma área que na atualidade apelidaríamos de lixeira.

**Tabela 3.3.** Sondagem, sexo, orientação e posição dos esqueletos e respetivos membros (adaptada de Costa e Fernandes, 2008).

Sondagem	Esqueleto (JCP)	Sexo	Orientação	Decúbito	Posição dos membros
9	1 e 6	M	SO-NE	Ventral	- Superiores não observáveis; Inferiores distendidos;
	2	M	SO-NE	Lateral (sobre o lado esquerdo)	- Superior direito sobre o tronco e esquerdo dobrado sobre si próprio; Inferiores distendidos;
	5	F	SO-NE	Lateral (sobre o lado direito)	- Superior esquerdo distendido ao longo do corpo e direito sob o tronco; Inferiores fletidos;
	7	F	O-E	Ventral	- Superior esquerdo dobrado sob o tronco e direito não observável; Inferiores distendidos;
	8	F	E-O	Dorsal	- Superiores sobre a bacia; Inferiores distendidos;
	9	M	S-N	Dorsal	- Superior esquerdo sobre o tronco e direito sobre a bacia; Inferiores não observáveis;
	10	F	SO-NE	Dorsal	Superiores esquerdo sobre o tronco e direito sobre a bacia; Inferiores distendidos;
	11	F	SO-NE	Ventral	Superior esquerdo sob a bacia e direito não observável; Inferiores cruzados;
	13	F	-	-	-
11	3	F	E-O	Lateral (sobre o lado direito)	Superior esquerdo sobre a bacia e direito não observável; Inferiores distendidos com o direito ligeiramente fletido;
	4	F	SE-NO	Dorsal	- Superior direito dobrado em direção oposta ao corpo e esquerdo não observável; Inferiores ligeiramente fletidos e cruzados;
	12	F	O-E	Lateral (sobre o lado direito)	- Superior direito dobrado em direção oposta ao corpo e esquerdo não observável; Inferiores não observáveis;

M=Masculino; F=Feminino; N=Norte; NE=Nordeste; E=Este; O=Oeste; S=Sul; SO=Sudoeste.

O tratamento dado aos corpos dos falecidos e o contexto em que foram recuperados levantam dificuldades de caracterização no âmbito da Antropologia Funerária. Mais difícil ainda se torna devido à raridade de contextos idênticos. No relatório antropológico de campo da escavação das Casas Pintadas é referido que os indivíduos depositados no “*Quintal da limpeza dos cárceres*” foram inumados (Costa e Fernandes, 2008). No entanto, para além da



**Figura 3.19.** Orientação dos esqueletos exumados no “*Quintal da limpeza dos cárceres*” (adaptado de Costa e Fernandes, 2008).

descrição das suas relações estratigráficas (assim como com os restantes elementos e estratos arqueológicos) e do realce do padrão de “inumação” bastante variável, não existe uma verdadeira justificação ou discussão da terminologia adotada para a caracterização daquelas deposições.

Se alargarmos a investigação de paralelos ao resto do país, identificámos outra coleção recuperada num contexto idêntico de uma lixeira. Referimo-nos aos 155 esqueletos de escravos africanos recuperados no “*Valle da Gafaria*”, em Lagos (Neves *et al.*, 2010; 2011). Os investigadores caracterizam-nos como “inumações” ou “enterramentos”. Existem, no entanto, outras referências que entram em desacordo. Saunders (1994 *in* Neves *et al.*, 2010), referindo-se ao tratamento dos escravos que morriam em Portugal, descreve que “...*mesmo depois de morto, ainda que baptizado, o escravo não tinha direito a um enterramento cristão* (Saunders, 1994 *in* Neves *et al.*, 2010:557). Diz-nos uma carta de D. Manuel de 13 de Novembro de 1515, referida por Castilho (1893), que os escravos falecidos em Lisboa “...*nam ssam asy bem ssoterados, como devem, nos llugares omde sã llamçados, e que sse llâçam sobre a teerra em tal maneira que fiquã descobertos... e que os cãees os comeem*” (Castilho, 1893:548). Para remediar esta situação o rei diz que “...*ho melhor remedio sera fazer-se huu poço, o mais fumdo que podese ser...no qual se llâçsem os ditos escravos*” (Castilho, 1893:549). Julio de Castilho, ao discutir o tratamento *post mortem* daqueles escravos, caracteriza-os como “...*cadaveres inseultos*” (Castilho, 1893:549).

O conceito de sepultura, essencial nesta discussão, é descrito por Leclerc e Tarrête (1988:963) como o “...*lugar onde são depositados os restos de um ou mais defuntos e onde existem indícios suficientes para que a arqueologia possa detetar naquele depósito a vontade do exercício de um gesto funerário...*”. Essencialmente, aquilo que faz um enterramento é a intencionalidade da sua deposição e a vontade do cumprimento de determinados simbolismos (Duday *et al.*, 1990; Leclerc, 1990; Duday, 2009). A propósito deste tema, Thomas (1980 *in* Duday, 2006) e Duday (2009) referem que certos depósitos intencionais de indivíduos (ou o que deles resta) nada têm a ver com aquilo que é hoje interpretado como uma inumação. É o caso dos corpos desmembrados depois de assassinatos, cadáveres (ou partes de) utilizados como troféus ou oferendas, indivíduos que “acompanham” os mortos ou, como nos parece acontecer no “*Quintal da limpeza dos cárceres*”, indivíduos descartados, atirados ou despejados para um qualquer local que, neste caso, nos remete para uma lixeira. Um indivíduo pode assim morrer e

ser privado do seu “estatuto de ser humano” (Duday, 2009:78), sendo o seu corpo reduzido a um objeto ou a uma coisa.

Apesar da importância do estudo dos rituais fúnebres, a completa inexistência dessa ritualidade poderá também fornecer dados não menos importantes. No caso que aqui apresentamos não foram registados quaisquer indícios de práticas preparatórias associadas a um enterramento ou de práticas funerárias que indiquem uma inumação. Por um lado, no relatório arqueológico de campo, é referida a estruturação de apenas uma vala para colocação do falecido, no esqueleto 4. Os outros indivíduos de ambas as sondagens foram colocados diretamente no solo sem qualquer preparação prévia. Depois, não foi recolhido qualquer tipo de espólio fúnebre associado ao cadáver e colocado de forma intencional. Na sondagem 9, por exemplo, o estrato [906], que continha todos os enterramentos, era constituído também por abundantes restos faunísticos, cerâmicos e de carvões dispersos ao acaso (Rodrigues e Lopes, 2009). Estes dados mostram-nos a inexistência de cuidado ou preocupação quanto ao local onde eram depositados os cadáveres, o que transparece o valor idêntico que era dado a tudo o que era acumulado naquele quintal: tal como o lixo proveniente dos cárceres era ali despejado, a grande variação no decúbito, orientação e posição dos membros dos indivíduos transparece que foram “atirados” quase que ao acaso naquele local. Os indivíduos do “*Quintal da limpeza dos cárceres*” não foram então inumados, mas antes “*descartados*”, se quisermos utilizar a terminologia de Thomas (1980 *in* Duday, 2006). Por tudo isto, será mais correto caracterizarmos estes indivíduos como insepultos que, aquando da sua morte, e uma vez que se encontravam presos, não tinham comprovado a sua inocência e o respeito pelos cânones da Santa Sé perante a Inquisição.

Para além disso, o seu contexto bastante específico pode ajudar a encontrar possibilidades de explicação para os enterramentos de época Medieval e Moderna fora da norma cristã, normalmente apelidados de “*atípicos*” (Tsaliki, 2008; Reynolds, 2009) e encontrados de forma isolada, no contexto português, principalmente no adro de várias igrejas portuguesas, cujos casos reunidos em Gonçalves e Santos (2005) são excelentes exemplos. Mas a consulta dos processos da Inquisição de Évora traz-nos mais alguns dados para esta discussão.

### 3.3.1. Os irreconciliados da fé da Inquisição de Évora

Dos 42 processos consultados na Torre do Tombo, encontramos os de 11 indivíduos com referências ao descarte do corpo no “*Quintal da limpeza dos cárceres*” (apêndice C, tabela 1.1.). Estas referências específicas podem ser consultadas no *auto de falecimento* de cada processo e, por vezes, nas diligências que eram feitas à causa de morte de cada um dos indivíduos. A título de exemplo, no “*Auto de falecimento de Isabel Mendes*”, por exemplo, falecida a 10 de março de 1599 nos cárceres da Inquisição de Évora, depois de ser vista pelo médico da Inquisição de Évora, foi a “...enterrar no lugar deputado pera isso nestes cárceres pelos guardas deles...” (ANTT, proc. 7511). Também António Mendes, depois de falecido a 3 de setembro de 1601, foi levado “...a enterrar no lugar costumado nestes carceres com os outros guardas e alcaide delle...” (ANTT, proc. 7664). Das 11 referências encontradas, a mais antiga é a de Francisco Lopes, que morreu a 21 de junho de 1593 (ANTT, proc. 6438), e a mais recente a de Vasco da Gama (ANTT, proc. 2566), falecido a 8 de abril de 1621, datas que se enquadram perfeitamente na cronologia 1568-1634 para a utilização do “*Quintal da limpeza dos cárceres*” como lixeira.

Para além dos 11 processos mencionados, dois outros referiam o local de deposição dos mortos no cárcere. O primeiro é o de Isabel Gomes, falecida a 7 de junho de 1581. O respetivo “*auto de morte*” refere que o Alcaide do Cárceres, Francisco Alvarez, “...veo perguntar a esta mesa esta manhaõ onde ha emterrariam e por nella lhe ser mandado que fosse enterrada em sagrado e sem pompa se enterrou no adro da see que estaa junto a este carcere...” (ANTT, proc. 5254). Este caso é bastante interessante uma vez que mostra que não seria ainda costume descartar os mortos nos próprios cárceres, embora não coloquemos de lado a hipótese de já ser feito pontualmente (e daí ter surgido a dúvida de Francisco Alvarez). O outro processo a que nos referimos atrás é o de Francisco Machado, falecido nos cárceres da Inquisição de Évora a 18 de outubro de 1608. O processo não apresenta o “*auto de morte*” nem as respetivas diligências. Apresenta antes um documento que certifica à Inquisição de outra cidade (não é referida qual), no dia 3 de outubro do mesmo ano, que Francisco Machado “...faleceo nesta dita cadea... [e] segundo minha lenbrança foi emterrado na igreja de santo antão desta dita cidade...” (ANTT, proc. 2415). Este relato mostra fundamentalmente que nem todos os mortos no cárcere seriam descartados no “*Quintal da limpeza dos cárceres*”.



Para além dos 11 processos de descartados e dos 2 sepultados em sagrado, não é referido em qualquer dos 29 restantes que nos foi possível consultar qual o local de deposição dos corpos depois da morte dos indivíduos. No geral, no entanto, através da consulta *online* dos sumários dos processos, identificámos pelo menos 85 pessoas que morreram nos cárceres de Évora entre 1568 e 1634 e que, em teoria, poderão ter sido descartadas naquele quintal.

Para além disso, nos 11 processos que sabemos terem sido descartados no quintal, não é descrita qualquer preparação do corpo que possa antecipar a sua inumação. No entanto, no processo de Isabel Gomes, enterrada em terreno sagrado na Sé de Évora, é referido por António Pires, guarda dos cárceres, nas diligências à morte da ré, que “..*depois de morta... a ajudou a amortalhar e a tirala fora destes carceres...*” (ANTT, proc. 5254). Este testemunho é confirmado por outro dos guardas. É assim notória uma diferença de tratamentos entre quem era enterrado em sagrado e quem terminava no quintal, onde não encontramos qualquer referência à “...*vontade do exercício de um gesto funerário...*” (Leclerc e Tarrête, 1988:963), como a simples colocação de uma mortalha no corpo do falecido. Também as várias referências nos processos à atuação de um padre na altura em que os presos parecem próximos da morte (e até incentivada nos regimentos da Inquisição, como vimos atrás), são o oposto da inexistência de referências a qualquer tipo de atuação desse mesmo padre a partir do momento em que o indivíduo morre. É narrada apenas a ação do alcaide e dos guardas dos cárceres, que levam o corpo com o objetivo único de o depositarem na lixeira. Parece, com tudo isto, haver uma completa despreocupação com a alma do indivíduo, que se encontrava, na altura da sua morte, irreconciliado com a fé católica.

### 3.3.2. Quem eram os descartados no “*Quintal da limpeza dos carceres*”?

Os 11 indivíduos descartados no “*Quintal da limpeza dos cárceres*” eram acusados de “*judaísmo, heresia e apostasia*”. Quanto ao caso de Francisco Machado, enterrado na Igreja de Santo Antão e acusado do crime de “*bigamia/poligamia*”, leva-nos a colocar a hipótese de apenas os indivíduos com acusação de “*judaísmo, heresia e apostasia*” serem descartados no “*Quintal da limpeza dos cárceres*”.

Antes de iniciarmos a pesquisa nos processos individuais da Inquisição de Évora colocámos a hipótese de mesmo nos indivíduos acusados de “*judaísmo, heresia e apostasia*” existir algum tipo de distinção sobre aqueles que não declaravam as culpas

do que eram acusados ou que não mostravam qualquer tipo de arrependimento em vida. Esta declaração de culpas e arrependimento normalmente resultava em penas mais leves para os acusados. No entanto, esse tipo de distinção não existia, uma vez que Isabel Vaz (ANTT, proc. 6843), António Mendes (ANTT, proc. nº7664) e Francisco Vaz (ANTT, proc. 7466) foram descartados no quintal, apesar de em vida terem declarado culpas e arrependimento, o que se refletiu na sua absolvição póstuma. Desta forma, quer fossem declaradas ou não culpas e arrependimento em vida, depois de morrer no cárcere um acusado de “*judaísmo, heresia ou apostasia*” seria descartado no quintal durante o espaço de tempo em que o mesmo foi utilizado para tal, desde que a sua sentença ainda não tivesse saído. O mesmo não poderemos dizer de quem era acusado de outros crimes, apesar de termos apenas um exemplo (o de Francisco Machado) que nos remete para essa hipótese. Já Isabel Gomes, falecida a 7 de junho de 1581, sepultada na Sé de Évora e acusada de “*judaísmo, heresia e apostasia*”, pode não ter sido descartada simplesmente porque o quintal ainda não seria utilizado para esse efeito. Recordamos que a primeira referência certa a um descarte no quintal é a de Francisco Lopes, que morreu cerca de 12 anos depois.

É também importante referir que, nos dados obtidos através dos autos de morte dos 11 processos referidos, é transversal a classificação do quintal como o “*lugar costumado*” ou “*lugar deputado*”, como o local do destino final dos indivíduos mortos nos cárceres, o que sublinha o facto de ser *costume* fazê-lo. Não nos parece que esta hipótese não possa coexistir com a anterior de que nem todos lá fossem descartados, uma vez que 93,1% (81/87) dos mortos no cárcere entre 1568 e 1634 eram acusados dos crimes de judaísmo, heresia e/ou apostasia (tabela 3.4.). Os acusados de outros crimes seriam, a confirmar-se esta hipótese, exceções no conjunto das acusações.

Os vários regimentos da Inquisição Portuguesa parecem confirmar esta ideia. O regimento de 1640, por exemplo, diz-nos no Título XVIII, VII, que “*...sendo os defunctos presos por culpas que não de heresia...se dê noticia aos herdeiros de defuncto, de sua morte, declarando-lhe que podem mandar buscar seu corpo, e enterra-lo em sagrado, e fazer por sua*

**Tabela 3.4.** Total de acusações dos mortos nos cárceres da Inquisição de Évora entre 1568 e 1634.

Acusação	N	%
Judaísmo, heresia e/ou apostasia	81	93,1
Acusação desconhecida	2	2,3
Pacto com o demónio	1	1,1
Blasfémia	1	1,1
Suspeito na fé	1	1,1
Bigamia/poligamia	1	1,1
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

*alma os sufrágios da Igreja...*” (in Silva, 1855b:331). Os quatro primeiros regimentos da Inquisição mostram, assim, um especial cuidado com hereges e apóstatas.

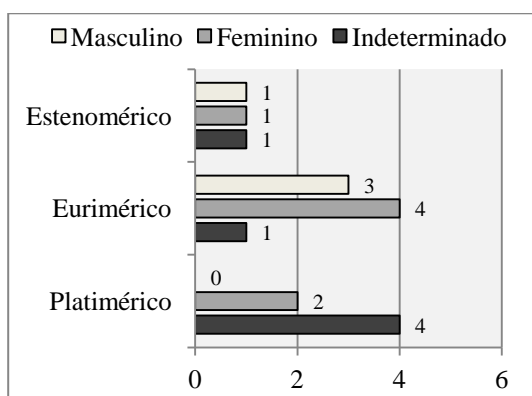
### 3.4. Paleomorfologia

#### 3.4.1. Índices de achatamento e robustez

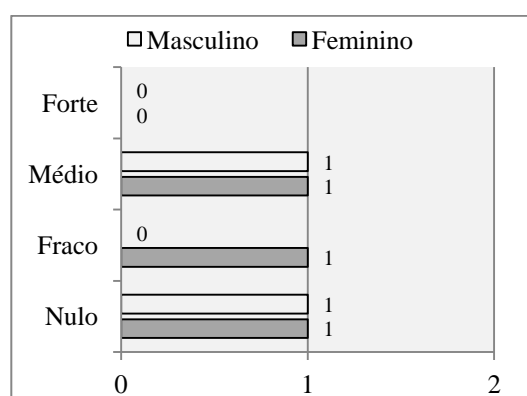
Foi possível calcular o índice de platimeria em 17 fémures (17/26, 65,4%), o índice pilástrico em 4 fémures (4/26, 15,4%), o índice platicnémico em 16 tíbias (16/24, 66,7%) e os índices de robustez em 4 fémures (4/26, 15,4%) e 2 tíbias (2/24, 8,3%).

Para a platimeria os resultados apontam para um maior número de fémures euriméricos (8/17, 47,1%, 4 femininos, 3 masculinos, 1 indeterminado), seguido dos platiméricos (6/17, 35,3%, 4 indeterminados, 2 femininos) e finalmente os estenoméricos (3/17, 17,6%, 1 masculino, 1 feminino, 1 indeterminado) (figura 3.20.). Este índice tem um valor médio de 96,34 (eurimérico) para o sexo masculino, 89,97 (eurimérico) para o feminino e 79,45 (platimérico) para os indeterminados.

Para o índice pilástrico foram obtidos 2 com pilastro nulo (2/5, 40%, 1 masculino, 1 feminino), 2 com pilastro médio (2/5, 40%, 1 masculino, 1 feminino), 1 com pilastro fraco (1/5, 20%, 1 feminino), e nenhum com pilastro forte (figura 3.21.). Para este índice o valor médio para o sexo masculino é de 105,79 e para o sexo feminino de 104,63, ambos a apontarem para pilastro fraco.



**Figura 3.20.** Distribuição dos fémures de acordo com o índice platimérico.



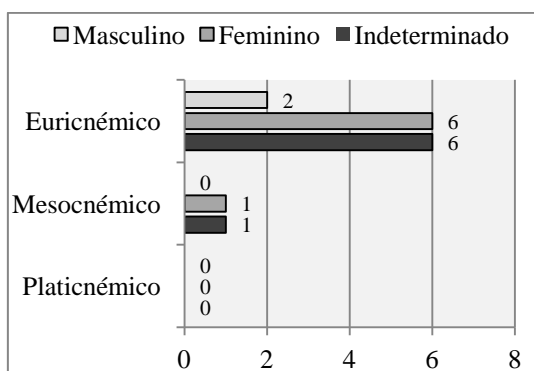
**Figura 3.21.** Distribuição dos fémures de acordo com o índice pilástrico.

Para o índice platicnémico observam-se 14 tíbias euricnémicas (14/16, 87,5%, 6 femininas, 6 indeterminadas, 2 masculinas), 2 mesocnémicas (2/16, 12,5%, 1 feminina,

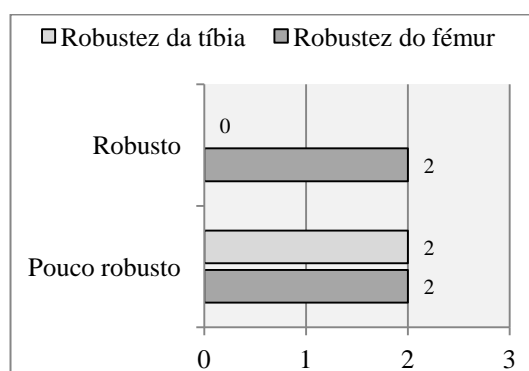
1 indeterminada) e nenhuma platicnémica (0/16, 0%) (figura 3.22.). O valor médio para o sexo masculino é de 73,65 (euricnémico), para o sexo feminino de 77,21 (euricnémico) e para os indeterminados de 76,86 (euricnémico).

No geral, no Colégio de Santo Antão-o-Novo, Lisboa, por exemplo, de onde os resultados apresentados provêm de um N mais elevado, os valores médios são mais baixos nos índices platimérico (81,27, N=34) e platicnémico (73,09, N=28) e mais altos no índice pilástrico (110,73, N=21) (Godinho, 2008).

Finalmente, para o índice de robustez dos fémures temos 2 robustos (2/4, 50%, 2 masculinos) e 2 pouco robustos (2/4, 50%, 2 femininos), enquanto para as tíbias temos 2 pouco robustas (2/2, 100%, duas femininas) e nenhuma robusta (0/2, 0%) (figura 3.23.). Para a robustez do fémur o valor médio para o sexo masculino é de 20,61 (robusto) e para o feminino de 18,43 (pouco robusto). Para a tíbia o valor médio para o sexo feminino é de 19,18 (pouco robusto).



**Figura 3.22.** Distribuição das tíbias de acordo com o índice platicnémico.



**Figura 3.23.** Distribuição das tíbias e fémures de acordo com o índice de robustez.

No Largo Cândido dos Reis, Santarém, por exemplo, os fémures e tíbias observados revelaram bastante robustez, com um valor médio de 23,18 e 23,66, respetivamente (Tereso, 2009), ao contrário dos indivíduos dos do Colégio de Santo Antão-o-Novo, em Lisboa, que revelaram valores médios de 19,97 para os fémures e de 18,93 para as tíbias (Godinho, 2008). Infelizmente, o pequeno N de fémures e tíbias passíveis de medição no nosso trabalho faz com que não seja possível uma discussão mais aprofundada dos resultados.

### 3.4.2. Estatura

Apesar da estatura ser essencial para a determinação do perfil biológico de uma população, é difícil a aplicação de metodologias fidedignas em amostras esqueléticas provenientes de intervenções arqueológicas, em grande parte devido à fragmentação dos ossos necessários para a respetiva estimativa (Santos, 2002; Raxter *et al.*, 2006; Cordeiro *et al.*, 2009; Marinho *et al.*, 2012). Decidimos então utilizar dois métodos testados em populações portuguesas e estabelecer alguns paralelos para a mesma época.

Foi possível estimar a estatura de nove indivíduos (9/12, 75%), enquanto para os ossários de apenas um fémur (1/26, 3,8%), um 1º metatarso (M1) (1/17, 5,9%) e nenhum úmero (0/26, 0%) ou 2º metatarso (M2) (0/15, 0%) (tabela 3.5.).

**Tabela 3.5.** Estatura estimada a partir dos úmeros, fémures, M1 e M2.

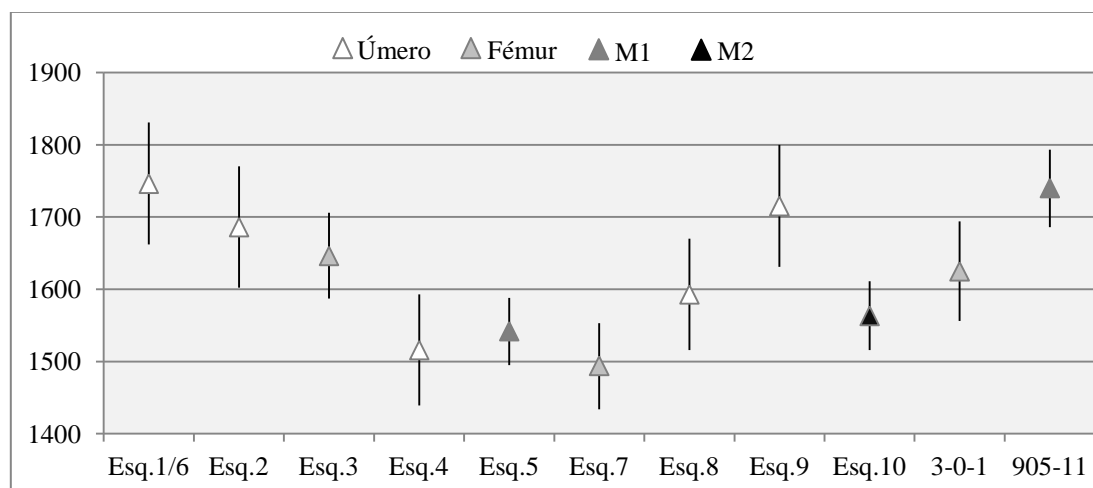
Esqueleto	Sexo	Mendonça (2000)		Santos (2002)	
		Ossó/Medida	Estatura (mm)	Ossó/Medida	Santos (2002)
1/6	M	FLH	1746,42±84,4	-	-
2	M	FLH	1685,95±84,4	-	-
3	F	-	-	M1	1625,37±46,9
		PhLF	1646,47±59,2	M2	1618,02±47,6
4	F	FLH	1516,12±77,0	M1	1517,64±46,9
		-	-	M2	1554,20±47,6
5	F	-	-	M1	1541,58±46,9
		-	-	M2	1545,08±47,6
7	F	PhLF	1493,51±59,2	-	-
8	F	FLH	1592,75±77,0	M1	1613,40±46,9
		-	-	M2	1608,90±47,6
9	M	FLH	1715,37±84,4	M1	1702,89±55,3
		-	-	M2	1682,27±47,1
11	F	-	-	M2	1563,31±47,6
Ossário	Sexo	Medida	Mendonça (2000)	Medida	Santos (2002)
3-0-1	M	PhLF	1624,88±69,0	-	-
905-11	I	-	-	M1	1739,65±53,7

FLH=Comprimento total do úmero; PhLF=Comprimento fisiológico do fémur.

Através do método de Mendonça (2000), para o sexo feminino (n=4) foi obtida uma estatura mínima de 1493,50mm±59,2 (esqueleto 7) e máxima de 1646,47mm±59,2 (esqueleto 3), ambos através do comprimento fisiológico do fémur. Para o sexo masculino (n=4) foi obtida uma estatura mínima de 1624,88mm±69,0 (osso solto 3-0-1) e máxima de 1746,42mm ±8.44 (esqueleto 1/6), também através do comprimento fisiológico do fémur.

Com o método de Santos (2002) foi obtida uma estatura mínima de 1517,64,64mm±46,9 (esqueleto 4) e máxima de 1625,37mm±46,9 (esqueleto 3) para o

sexo feminino (n=5), enquanto que para o sexo masculino (n=1) a estatura de 1702,89mm±55,3 do esqueleto 9 foi a única a ser obtida, através do M1. Para os esqueletos 10, 12 e 13 não foi possível aplicar qualquer um dos métodos propostos para a estatura. Na figura 3.24. pretende-se comparar as estaturas obtidas através dos dois métodos.



**Figura 3.24.** Estaturas estimadas a partir dos métodos propostos.

A tabela 3.6. apresenta as médias conseguidas através dos métodos utilizados para a estatura. Segundo o método de Mendonça (2000) para o úmero, a estatura média para os indivíduos do sexo feminino é de 1554,44mm±77,0 (2/9), enquanto para o masculino é de 1715,90mm±84,4 (3/3). O método de Santos (2002) para o M1 mostra-nos que a estatura média para os indivíduos de sexo feminino é de 1574,50mm±46,9 (4/9), enquanto através do M2 é de 1577,90mm±47,6 (5/9). Infelizmente, para a sexo masculino apenas conseguimos aplicar este método no M1 e M2 em um indivíduo cada.

Se compararmos com os estudos de Santarém (Tereso, 2009) e Lisboa (Benisse, 2005; Godinho, 2008) verificamos que, para o sexo feminino, apenas o do Colégio de Santo Antão-o-Novo (Godinho, 2008) apresenta médias mais altas para o sexo feminino. Para o sexo masculino é a amostra do “*Quintal da limpeza dos cárceres*” que apresenta médias mais elevadas, sendo a única que ultrapassa o 1,70m, nomeadamente nos métodos de Mendonça (2000) para o úmero e de Santos (2002) para o M1.

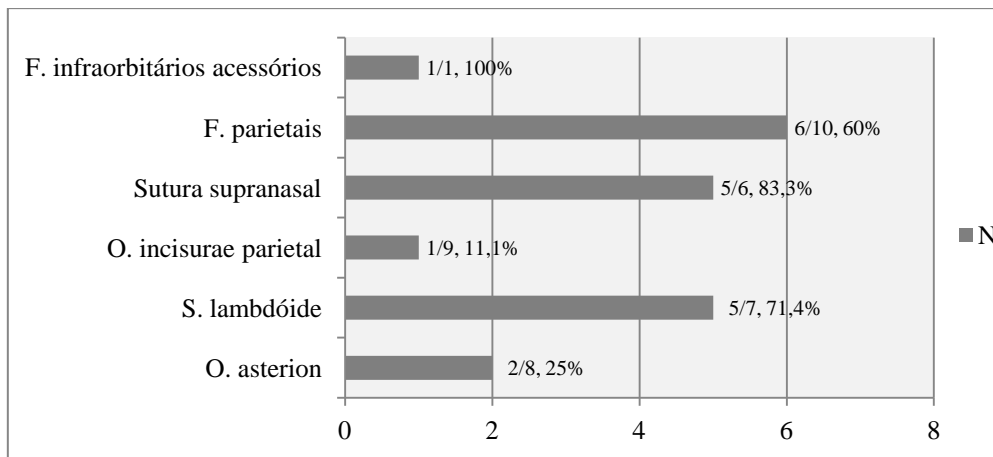
**Tabela 3.6.** Comparação entre as médias estimadas através dos dois métodos utilizados para a estatura, com as amostras de época Moderna de Santarém (Tereso, 2009) e Lisboa (Benisse, 2005; Godinho, 2008).

Amostra	Método	Osso	Feminino			Masculino			Indeterminado		
			N	Média	DP	N	Média	DP	N	Média	DP
“ <i>Quintal da limpeza dos cárceres,</i> ” Évora	Mendonça (2000)	Úmero	2	1554,43	±77,0	3	1715,90	±84,4	-	-	-
		Fémur	2	1570,00	±59,2	1	1624,88	±69,0	-	-	-
	Santos (2002)	M1	4	1574,50	±46,9	1	1702,89	±55,3	1	1739,65	±53,7
		M2	5	1577,90	±47,6	1	1682,27	±47,1	-	-	-
Largo Cândido dos Reis, Santarém (Tereso, 2009)	Mendonça (2000)	Úmero	2	1495	±7,70	8	1600	±84,4	0	-	-
		Fémur	5	1512	±59,2	11	1620	±69,0	0	-	-
	Santos (2002)	M1	5	1585	±46,9	10	1638,8	±55,3	1	1629	±53,7
		M2	2	1630	±47,6	8	1644,0	±47,1	1	1631	±47,5
Colégio de Santo Antão-o-Novo, Lisboa (Godinho, 2008)	Mendonça (2000)	Úmero	-	-	-	3	1594,4	±84,4	-	-	-
		Fémur	2	1629,5	±59,2	6	1664,4	±69,0	-	-	-
	Santos (2002)	M1	1	1648,6	±46,9	1	1622,6	±55,3	1	1544,6	±53,7
		M2	-	-	-	4	1694,5	±47,1	1	1655	±47,5
Convento do Carmo, Lisboa (Benisse, 2005)	Mendonça (2000)	Úmero	4	1551,8	±77,0	5	1682,7	±84,4	-	-	-
		Fémur	4	1559,1	±59,2	7	1649,2	±69,0	-	-	-
	Santos (2002)	M1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		M2	-	-	-	-	-	-	-	-	-

### 3.4.3. Carateres discretos

Para os carateres discretos eram poucos os locais observáveis, o que se ficou a dever não só ao baixo número de ossos, como também à sua fragmentação. Nos dentes os carateres discretos eram muitas vezes não observáveis devido à perda dentária *ante mortem* ou, quando estavam presentes, ao desgaste dentário (ver capítulos 3.5.1.1. e 3.5.1.3.).

Dos 20 carateres discretos cranianos pesquisados, registámos a presença de seis (figura 3.25.; apêndice A, tabela 1.4.). Os carateres discretos cranianos mais vezes observados foram os *foramina* parietais (6/10, 60%), seguidos da sutura supranasal (5/6, 83,3%) e dos ossículos na sutura lambdóide (5/7, 71,4%) (figura 3.26).



**Figura 3.25.** Carateres discretos cranianos identificados.

Alguns investigadores apontam a influência genética como fundamental para a presença do *torus* palatino, referindo frequências altas em populações judaicas atuais (e.g., Gorsky *et al.*, 1996; 1998). No entanto, apesar de 93,1% (81/87) dos mortos na Inquisição de Évora entre 1568-1634 serem acusados de *judaísmo*, *heresia*, *apostasia*, não foi observada a presença desse caráter discreto em qualquer das mandíbulas observáveis (0/3, 0%). Na amostra de Santo Antão-o-Novo (Godinho, 2008) este caráter discreto também não foi identificado (0/14, 0%), assim como no Largo Cândido dos Reis (0/11, 0%) (Tereso, 2009). Por outro lado, na de Santarém a sutura supranasal foi o caráter que apresentou uma maior frequência de observações (2/6, 33,3%) (Tereso, 2009), assim como o ossículo da sutura lambdóide (4/7, 57,14%) em Santo Antão-o-Novo (Godinho, 2008). Estes resultados estão de acordo com os nossos.

Na dentição maxilar foram identificados 3 carateres discretos de 7 pesquisados (apêndice A, tabela 1.5.). O mais observado foi o *tuberculum dentale* (3/3, 100%, quer do lado esquerdo, quer do direito). Na mandibular o caráter discreto mais frequente é a crista distal acessória nos caninos esquerdos (2/5, 40%). Os carateres discretos mandibulares, assim como o número e padrão de cúspides registados nos molares podem ser observados no apêndice A, tabelas 1.6. e 1.7. Quer na dentição superior, quer na inferior, é de destacar o limitadíssimo número ou mesmo a inexistência de locais observáveis por fragmentação, o que torna pouco útil qualquer comparação.

Os carateres discretos pós-cranianos (figuras 3.27. e 3.28.) mais observados foram a ponte superior no atlas (4/5, 80%), a extensão lateral no astrágalo (8/12, 66,7%) e a placa no fémur (5/10, 50%). Os carateres discretos pós-cranianos, assim como a



respetiva lateralidade, encontram-se assinalados no apêndice A, tabela 1.8. No estudo do Largo Cândido dos Reis os caracteres com maiores frequências são os *foramen* supra escapulares (11/17, 64,7%), o tubérculo peronial do calcâneo (18/34, 52,9%) e o nó de *vastus* patelar (11/29, 37,9%), enquanto no de Santo Antão-o-Novo é a fossa hipotrocanteriana (14/20, 70%), a faceta subtalar dupla do astrágalo (4/9, 44,4%) e o tubérculo peronial do calcâneo (3/9, 33,3%). Os resultados de ambos os trabalhos apresentam assim bastantes diferenças em relação aos nossos.

### 3.5. Paleopatologia

#### 3.5.1. Patologia oral

O estudo da patologia oral foi feito nos oito maxilares (seis femininos, um masculino, um indeterminado) e dez mandíbulas (sete femininas, uma masculina, duas indeterminadas) preservadas.

##### 3.5.1.1. Perda dentária

Foram avaliados 253 dentes ou locais de presença dentária, 97 nos maxilares (97/253, 38,3%) e 156 nas mandíbulas (156/253, 61,7%). Foram registados 118 dentes nos alvéolos (118/253, 46,6%), 11 dentes soltos (11/253, 4,3%), 96 perdidos *ante mortem* (96/253, 37,9%) e 28 perdidos *post mortem* (28/253, 11,1%) (figura 3.29.; tabela 3.7.).

**Tabela 3.7.** Dentes avaliados, presentes, perdidos e soltos.

	Avaliados	Presentes <i>in situ</i>		Perdidos <i>ante mortem</i>		Perdidos <i>post mortem</i>		Soltos	
	N	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Maxilar</b>	97	55	56,7	28	28,9	10	10,3	4	4,1
<b>Mandíbula</b>	156	63	40,4	68	43,6	18	11,5	7	4,5
<b>Total</b>	<b>253</b>	<b>118</b>	<b>46,6</b>	<b>96</b>	<b>37,9</b>	<b>28</b>	<b>11,1</b>	<b>11</b>	<b>4,3</b>

Foi observada uma menor frequência de perda dentária *ante mortem* nos maxilares (28/97, 28,9%) em relação às mandíbulas (68/156, 43,6%). Nos maxilares a perda dentária *ante mortem* é mais frequente no 1º pré-molar direito (5/7, 71,4%), seguido pelo 1º molar de ambos os lados (3/6 nos direitos e 2/4 nos esquerdos, 50% em ambos), o canino direito (3/7, 42,9%) e o 1º pré-molar esquerdo (2/5, 40%) e menos frequente nos incisivos centrais e laterais de ambos os lados, assim como no 2º molar direito (1/7, 14,3%) e no 2º pré-molar esquerdo (1/7, 14,3%). Quanto à perda dentária *post mortem*

maxilar é mais frequente nos quatro incisivos, no 2º molar esquerdo (1/4, 25%) e menos nos três molares direitos e 3º molar esquerdo, nos pré-molares esquerdos e no canino esquerdo, onde não se registou qualquer dente perdido *post mortem* (apêndice A, tabela 1.9.).

A perda dentária *ante mortem* mandibular é mais frequente nos três molares de ambos os lados (no direito é de 19/28, 67,9% e no esquerdo de 15/24, 62,5%), assim como no 2º pré-molar esquerdo (5/9, 55,6%). A sua menor frequência foi registada no canino direito (2/11, 18,2%) e esquerdo (2/10, 20%), 2º pré-molar direito (3/9, 33,3%) assim como nos quatro incisivos (14/45, 31,1%). A perda dentária mandibular *post mortem* é mais frequente no incisivo central esquerdo (3/11, 27,3%) e no canino esquerdo (3/10, 30%) e menos nos três molares direitos e esquerdos e no 2º pré-molar esquerdo (nenhum foi perdido *post mortem*) (apêndice A, tabela 1.10.). Para além disso, como podemos observar na tabela 3.8., há uma maior frequência de perda dentária *ante mortem* do lado direito, quer nos maxilares (18/55, 32,7% para o direito e 10/42, 23,8% para o esquerdo), quer nas mandíbulas (36/82, 43,9% para o direito e 32/74, 43,2% para o esquerdo).

**Tabela 3.8.** Dentes perdidos *ante mortem* para os lados direito e esquerdo.

	Direito			Esquerdo			Total
	Perdidos (N)	Avaliados (N)	Perdidos (%)	Perdidos (N)	Avaliados (N)	Perdidos (%)	Perdidos (%)
<b>Maxilar</b>	18	55	32,7	10	42	23,8	<b>28,9</b>
<b>Mandíbula</b>	36	82	43,9	32	74	43,2	<b>43,6</b>
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>137</b>	<b>39,4</b>	<b>42</b>	<b>116</b>	<b>36,2</b>	<b>37,9</b>

A maior perda dentária *ante mortem* nos dentes mandibulares está de acordo com outros estudos de indivíduos datados de época Moderna, como o da necrópole do Colégio de Santo Antão-o-Novo (Godinho, 2008) ou os do Largo Cândido dos Reis (Tereso, 2009; Graça, 2010). O conjunto de dentes observados na nossa amostra revela ainda uma maior perda *ante mortem* posterior (70/147, 47,6%) em relação à anterior (26/106, 24,5%). Quanto à maior perda dentária *post mortem* verificada na dentição anterior (21/106, 19,8%) em relação à posterior (7/147, 4,8%) poderá estar associada à sua maior suscetibilidade a agentes tafonómicos devido à sua localização (Curto, 2011), para além de que a sua morfologia apresenta apenas uma raiz. Apesar da perda dentária ser mais comum no sexo feminino que no masculino (Waldron, 2009), não nos foi

possível analisá-la de forma satisfatória, devido à escassez de peças ósseas passíveis de enquadrar no sexo masculino.

### 3.5.1.2. Cáries dentárias

Foram registadas lesões cariogénicas nos cinco indivíduos com dentes presentes (5/5, 100%), assim como no único maxilar (1/1, 100%) e nas duas mandíbulas (2/2, 100%) provenientes de ossários. Foi também observada uma maior frequência de lesões cariogénicas nas mandíbulas (34/70, 48,6%) quando comparadas com os maxilares (25/59, 42,4%), apesar da perda dentária ser aí mais elevada (figura 3.30.; tabela 3.9.).

**Tabela 3.9.** Dentes afetados por cárie, por lateralidade.

	Direito			Esquerdo			Total
	Cariados (N)	Avaliados (N)	Cariados (%)	Cariados (N)	Avaliados (N)	Cariados (%)	Cariados (%)
<b>Maxilar</b>	12	30	40	13	29	44,8	<b>42,4</b>
<b>Mandíbula</b>	18	37	48,6	16	33	48,5	<b>48,6</b>
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>67</b>	<b>44,8</b>	<b>29</b>	<b>62</b>	<b>46,8</b>	

Também no Largo Cândido dos Reis (Tereso, 2009; Graça, 2010) e no Colégio de Santo Antão-o-Novo, Lisboa (Godinho, 2008) são as mandíbulas que apresentam maiores frequências de lesões cariogénicas.

No nosso trabalho os dentes maxilares mais afetados são o 1º pré-molar esquerdo (3/3, 100%), o 2º pré-molar direito (3/4, 75%), o canino direito (2/3, 66,7%) e o canino esquerdo (3/5, 60%). Os menos afetados são o 1º molar direito (0/3, 0%), o 1º e 2º molares esquerdos (0/2, 100% em ambos) e o 1º pré-molar direito (0/1, 0%). Nas mandíbulas os dentes mais afetados são o 1º pré-molar esquerdo (5/5, 100%), o 3º molar direito (3/3, 100%) e o 1º molar direito (2/2, 100%). Os menos afetados são o incisivo lateral esquerdo (0/5, 0%), o incisivo central direito (1/6, 16,7%) e o incisivo central esquerdo (1/5, 20%). Foi ainda registada uma maior frequência de lesões cariogénicas do lado direito (30/67, 44,8%) em relação ao lado esquerdo (29/62, 46,8%), enquanto a dentição posterior revela também uma maior frequência de lesões cariogénicas (38/70, 54,3%) em relação à anterior (21/59, 35,6%) (apêndice A, tabela 1.11.).

Em Santo Antão-o-Novo (Godinho, 2008) e no Largo Cândido dos Reis (Tereso, 2009) há também uma maior frequência de lesões cariogénicas na dentição posterior. Wasterlain (2006) refere que a sua morfologia, com superfícies rugosas nas fóssulas e fissuras dos dentes, torna-a mais suscetível de ser afetada por lesões cariogénicas, o que enquadra o nosso trabalho dentro dos resultados esperados. As cáries são das patologias

mais frequentes nas diferentes épocas históricas (Lucas *et al.*, 2010) e a nossa amostra dentária não foge à regra, com frequências bastante altas quer nos maxilares, quer nas mandíbulas. A sua origem é multifatorial, envolvendo fatores de risco como a placa dentária, o ambiente ou a genética (Lucas *et al.*, 2010). No entanto, dois fatores parecem-nos essenciais para época Moderna: a dieta e a idade. A dieta devido à introdução do açúcar e de outros hidratos de carbono na Europa, durante o século XVI (Moreira, 2007; Ricardo, 2006). A cronologia dos restos osteológicos humanos exumados no “*Quintal da limpeza dos cárceres*” coincide com as origens do comércio açucareiro português no Brasil. Quanto à idade porque a amostra é composta exclusivamente por adultos maduros e idosos, faixas etárias onde é normal aumentar a frequência das lesões cariogénicas. Apenas nos mais velhos pode eventualmente baixar devido à perda dentária *ante mortem* (Wasterlain, 2006; Wasterlain *et al.*, 2009) que, como vimos no subcapítulo anterior, também é bastante frequente.

### 3.5.1.3. Desgaste dentário

O desgaste dentário oclusal era observável em quase todos os dentes maxilares (58/59, 93,3%) e mandibulares (68/70, 97,1%). Os dentes maxilares enquadram-se mais comumente no grau 2 (17/58, 29,3%) da escala de Smith (1984), sendo que o desgaste dentário de grau 7 e 8 não foi registado. 36 dentes (36/58, 62,1%) foram agrupados nos menores graus de desgaste dentário (1 a 4) e 22 (22/58, 37,9%) nos maiores (5 a 8) (tabela 3.10.). Os dentes maxilares que apresentaram grau 6 de desgaste, o maior registado, foram os quatro incisivos, o canino esquerdo, o 1º pré-molar e 1º molar esquerdos. Nos quatro incisivos e no canino esquerdo não foi observado desgaste inferior ao grau 3. A dentição anterior apresenta assim uma maior frequência de dentes agrupados nos graus de desgaste 5 a 8 (17/25, 68%) em relação à dentição posterior (5/33, 15,2%).

**Tabela 3.10.** Distribuição do desgaste oclusal observado na dentição superior.

Grau	Direito								Esquerdo							Total	
	3M	2M	1M	2PM	1PM	C	IL	IC	IC	IL	C	1PM	2PM	1M	2M		3M
1	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
2	3	2	1	1	1	1	-	-	-	-	1	-	2	1	2	2	17
3	1	3	1	1	-	-	1	1	1	1	-	1	2	-	-	-	13
4	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	3
5	-	-	-	1	-	2	2	1	1	2	1	-	2	-	-	-	12
6	-	-	-	-	-	-	1	2	2	1	2	1	-	1	-	-	10
7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	

Os dentes mandibulares agrupam-se mais frequentemente nos graus 3 (19/68, 27,9%) e 6 (17/68, 25%). Tal como na dentição superior, também não foram registados dentes com os graus 7 e 8. Em 41 dentes (41/68, 60,3%) foram registados os menores graus de desgaste (1 a 4), enquanto em 27 (27/68, 39,7%) os maiores (5 a 8) (figura 3.31.; tabela 3.11.). Os dentes mandibulares anteriores (22/33, 66,7%) apresentam maiores graus de desgaste (5 a 8) em relação aos posteriores (5/35, 14,3%).

**Tabela 3.11.** Distribuição do desgaste oclusal observado na dentição inferior.

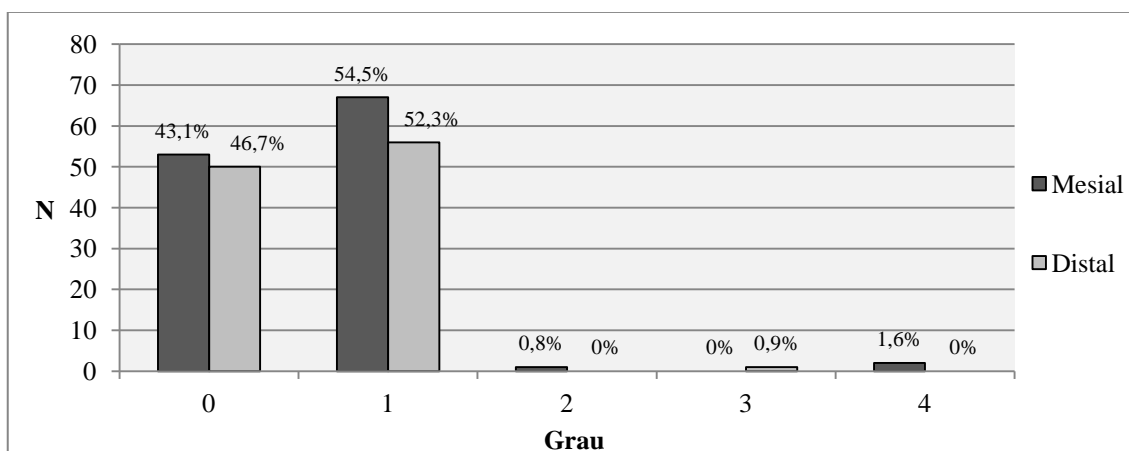
Grau	Direito								Esquerdo							Total	
	3M	2M	1M	2PM	1PM	C	IL	IC	IC	IL	C	1PM	2PM	1M	2M		3M
1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2
2	1	2	-	1	1	1	-	-	-	1	-	1	1	-	1	1	11
3	1	1	1	3	3	1	1	1	1	-	-	1	2	-	2	1	19
4	-	1	-	1	-	3	-	-	-	-	1	2	-	1	-	-	9
5	-	-	-	-	-	2	1	1	-	2	2	1	-	-	1	-	10
6	-	-	1	-	-	-	3	4	4	2	1	-	1	1	-	-	17
7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	

Genericamente, os dentes superiores e inferiores enquadram-se com maior frequência nos menores graus de desgaste de forma idêntica (36/58, 62,1% e 41/68, 60,3%, respetivamente), assim como é também a dentição anterior que apresenta maior frequência de dentes onde foram registados os maiores graus de desgaste (39/58, 67,3%) em relação à posterior (10/68, 14,7%).

No Largo Cândido dos Reis (Tereso, 2009), por exemplo, são mais altas as frequências de dentes enquadrados nos menores graus de desgaste, quer na dentição superior (88/107, 82,2%), quer na inferior (109/132, 82,6%). Em Santo Antão-o-Novo (Godinho, 2008) os dentes apresentam mais frequentemente os graus 2 e 3 de desgaste oclusal. As frequências mais elevadas de dentes que evidenciam os maiores graus de desgaste no nosso trabalho poderão estar associadas à idade avançada dos indivíduos.

Foi ainda possível observar o atrito mesial em 57 dentes maxilares (57/59, 96,6%) e 66 mandibulares (66/70, 94,3%). Em ambas as dentições foram observados 53 dentes (53/123, 43,1%) com grau 0, 67 (67/123, 54,5%) com grau 1, 1 (1/123, 0,8%) com grau 2 e 2 (2/123, 1,6%) com grau 4. Não foi observado qualquer dente com desgaste compatível com o grau 3 (figura 3.32.; apêndice A, tabelas 1.12. e 1.13.). O atrito distal foi observado em 46 dentes maxilares (46/59, 78%) e 61 mandibulares (61/70, 87,1%). Em ambas as dentições foi observado em 50 dentes (50/107, 46,7%) grau 0, em 56

(56/107, 52,3%) grau 1 e em 1 (1/107, 0,9%) grau 3 (figura 3.32.; apêndice A, tabela 1.14. e 1.15.).



**Figura 3.32.** Distribuição do atrito proximal nos dentes presentes.

#### 3.5.1.4. A dentição dos esqueletos 2, 5 e 8

Foram identificadas modificações dentárias de origem extramastigatória no esqueleto 2 de um adulto maduro masculino. O indivíduo apresenta alterações extremamente irregulares, dando um aspeto “espiculado” ou em “serrilha” aos limites exteriores (coroa de esmalte) das superfícies oclusais da dentição anterior maxilar e mandibular (principalmente nesta última) (figuras 3.35. e 3.37). O interior desses limites oclusais caracteriza-se por um aspeto em depressão bastante pronunciado (figuras 3.33., 3.34., 3.36. e 3.37.). Para além disso, a face mesial de ambos os incisivos centrais superiores apresenta perda atípica e completa do esmalte dentário, com total exposição da dentina.

Estas modificações dentárias estão ainda associadas a outro tipo de lesões que se aproximam das que Alt e Pichler (1998) caracterizam como em forma de cunha junto à linha de junção cimento/esmalte e pela consequente perda de substância dura no dente (figuras 3.35. e 3.38.). Não são apenas observáveis na dentição anterior, mas prolongam-se também nos da posterior e foram identificadas de forma mais ou menos evidente ao longo das quatro faces de cada dente (mesial, distal, lingual e bucal). Para além deste indivíduo, os esqueletos 5 e 8 possuem lesões idênticas. Na mandíbula do primeiro (figura 3.42.), um adulto maduro feminino, as lesões apresentam-se de uma forma muito ténue apenas nos pré-molares, caninos, incisivos de ambos os lados e nos molares direitos, enquanto os dentes maxilares não apresentam este tipo de lesões. No maxilar e mandíbula do esqueleto 8 de um adulto maduro feminino, são observáveis nos

mesmos locais do esqueleto 2 e com a mesma caracterização (figuras 3.39. a 3.41.). A superfície oclusal dos dentes dos esqueletos 5 e 8 apresenta também, tal como o esqueleto 2, um aspeto em depressão bastante pronunciado, embora sem o “espículado” descrito. Por várias razões, pensamos que estas lesões terão etiologias diferentes.

Quanto às alterações em “serrilha” do esqueleto 2, parecem associadas ao uso da boca para fins extramastigatórios. As maiores exigências mecânicas relativas à dentição envolvem o uso dos dentes em atividades ocupacionais, fruto do normal desenvolvimento de tarefas diárias (*e.g.*, Wasterlain, 2006) e estão documentadas desde há vários milhares de anos até à atualidade (*e.g.*, Cruwys, 1989; Larsen *et al.*, 1998; Minozzi *et al.*, 2003). Para as alterações específicas do esqueleto 2 não encontramos paralelos idênticos, embora Cruwys *et al.* (1992) refiram que em populações ocidentais são observadas modificações dentárias relacionadas com atividades diárias entre costureiras (linhas e alfinetes), cabeleireiras (ganchos), sapateiros e carpinteiros (pregos), carneiros (cordas) sopradores de vidro, músicos, entre outros (Cruwys *et al.*, 1992; Alt e Pichler, 1998), apesar de nem todos estes profissionais as apresentarem. As alterações a que se referem aqueles investigadores são pequenos entalhes ou depressões bem definidas na dentição anterior onde é constantemente colocado um instrumento de trabalho e que em que nada se assemelham às do esqueleto 2. No entanto, e uma vez que são bastante variáveis, para o contexto em análise a atividade profissional parece ser uma das hipóteses mais fortes a colocar.

A consulta dos processos da Inquisição de Évora leva-nos a conhecer 36 ocupações dos 87 indivíduos que morreram entre 1568 e 1634 (36/87, 41,4%) e duas que nos conduzem à sua associação ao possível uso da boca como terceira mão. João Gomes, alfaiate, faleceu nos cárceres da Inquisição de Évora a 8 de dezembro de 1585 (ANTT, proc. 8509). Duarte Roiz, sapateiro, faleceu no mesmo local a 23 de novembro de 1626 (ANTT, proc. 7450). Estes dois exemplos são os que mais provavelmente podem levar a algum tipo de alteração na dentição, embora, como vimos atrás, Cruwys *et al.* (1992) refiram que estas profissões provocam alterações dentárias bastante inconstantes. Infelizmente os processos não referem as idades destes dois indivíduos. É ainda importante assinalar que o esqueleto 2 apresenta osteoartrose (OA) bilateral nos ombros e zonas de inserção bastante desenvolvidas (grau 2 e 3) em ambos os membros

superiores, pelo que uma atividade profissional fisicamente exigente pode ter contribuído para esses resultados.

Uma vez que desconhecemos paralelos idênticos, é-nos infelizmente impossível perceber de forma mais exata a natureza das alterações dentárias do esqueleto 2. O seu padrão bastante irregular leva-nos a colocar a hipótese de não estarem relacionadas com a utilização de um mesmo instrumento durante anos (por exemplo, costureiras, alfaiates, entre outros) mas antes uma atividade que envolva instrumentos maiores, mais instrumentos ou o processamento contínuo de um qualquer alimento duro presente na dieta daquele indivíduo. No diagnóstico diferencial destas alterações deve também ser incluída a pica, um transtorno alimentar definido como a mastigação persistente e/ou consumo de substâncias não nutritivas como barro, areia, pedras ou chumbo (Piazza *et al.*, 1998; Swift *et al.*, 1999; Barker, 2005) e é mais frequente (mas não exclusivo) em grávidas, crianças na 1ª infância ou em pessoas com deficiências de desenvolvimento (Piazza *et al.*, 1998; Swift *et al.*, 1999). As alterações que advêm deste transtorno parecem enquadrar-se nas observadas, embora o sexo e a idade do indivíduo torne mais plausível a hipótese de resultarem da atividade ocupacional exercida.

As restantes alterações dentárias descritas nos 3 esqueletos podem resultar de abrasão ou erosão dentária, embora seja bastante complicado fazer-se um diagnóstico diferencial entre ambas, como aliás refere a literatura consultada (*e.g.*, Bell *et al.*, 1998). A abrasão pode ser causada pela presença de contaminantes arenosos de moléculas de colagénio e celulose na comida ou através de atividades culturais ou de higiene dentária, como escovar os dentes (Mair *et al.*, 1996; Kieser *et al.*, 2001). A abrasão está também relacionada com o uso dos dentes como instrumentos ou como uma terceira mão (Cruwys, 1989), pelo que há a hipótese de, pelo menos no esqueleto 2, estarmos perante abrasão relacionada com o desgaste de aspeto “espículado” bastante irregular descrita atrás.

A erosão, dissolução química do esmalte e da dentina, pode ser causada pela acidez de vómitos crónicos ou pela ingestão de bebidas ácidas ou exagerada quantidade de frutos citrinos (Cruwys, 1989; Alt e Pichler, 1998; Moynihan, 2005; Vreven *et al.*, 2008). Cruwys e Duhig (1993) referem ainda a ingestão de comida estragada devido a débeis condições de higiene ou a um sistema digestivo que tenha um mau funcionamento e ainda várias doenças que afetam o trato digestivo, tais como o febre tifóide, desintéria,



cólera ou doenças inespecíficas intestinais ou gástricas (Cruwys e Duhig, 1993). As etiologias relacionadas com a erosão parecem-nos bastante mais prováveis devido a, como vimos no capítulo 1.5.1., as condições higiénicas nos cárceres serem parcas. Para além disso, o processo nº11573 da Inquisição de Évora refere-nos que em 1599 a peste grassava no reino e os vômitos são um dos sintomas mais frequentes a ela associados (e.g., Hull *et al.*, 1986; Rollins *et al.*, 2003; Stenseth *et al.*, 2008). As datas de morte dos presos que sabemos terem sido descartados no “*Quintal da limpeza dos cárceres*” são também relativamente coincidentes com o ano de 1599, quase todas enquadradas nos últimos anos do século XVI e primeiros do XVII (apêndice C, tabela 1.1.). É uma associação bastante arriscada e não podemos fazer mais que colocar aqui esta hipótese, até porque a rapidez com que estas doenças por vezes levam à morte poderia não dar tempo para que os dentes fossem afetados. Alt e Pichler (1998) referem que os defeitos em forma de cunha na área de junção cimento/esmalte poderão dever-se ainda a fatores como a recessão da gengiva, mineralização defeituosa da coroa cervical, stresse oclusal ou oclusão deficiente. Devido à tafonomia que afeta o maxilar e a mandíbula do esqueleto 2 não é possível caracterizar a oclusão entre ambos, embora seja observável que a OA não afeta os côndilos mandibulares.

No entanto, dada a raridade noutras amostras osteológicas e a sua identificação em 3 indivíduos da nossa, colocamos a hipótese de serem fruto da falta de condições da alimentação ingerida ou de alguma das patologias referidas atrás que afetam o trato digestivo. Embora seja bastante arriscada a associação, auxilia esta hipótese o facto de todos os indivíduos da sondagem 9 (de onde estes três foram exumados) terem sido descartados praticamente lado a lado (anexo B, figura 1.1.) por cima da mesma camada de terra, num local onde o lixo seria depositado com bastante frequência. O próprio relatório de campo aponta para que os esqueletos 2, 5, 6, 7, 9, 10 e 11 tenham sido descartados num pequeno espaço de tempo, por terem sido depositados ao mesmo nível (apenas o esqueleto 8 foi descartado um pouco mais tarde). Infelizmente, os esqueletos 2, 5 e 8 são os únicos na sondagem 9 com mandíbula e/ou maxilar.

#### 3.5.1.5. *Tártaro dentário*

Foi registada uma maior frequência de tártaro nos dentes mandibulares (48/70, 68,6%) que nos maxilares (35/59, 59,3%). Nestes, os mais afetados foram o 2º e 3º molares esquerdos (2/2, 100% em ambos), assim como o 1º pré-molar esquerdo (1/1, 100%). No

geral, verificaram-se frequências elevadas para a maior parte dos dentes (tabela 3.12.). Os maxilares menos afetados foram o canino direito (1/3, 33,3%) e o incisivo central esquerdo (2/5, 40%), com frequências abaixo dos 50%.

**Tabela 3.12.** Dentes maxilares afetados por tártaro.

Grau	Direito								Esquerdo							Total	
	3M	2M	1M	2PM	1PM	C	IL	IC	IC	IL	C	1PM	2PM	1M	2M		3M
1	2	3	2	2	1	1	2	3	2	2	3	2	4	1	2	2	34
2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total %	3/5 60	3/6 50	2/3 66,7	2/4 50	1/1 100	1/3 33,3	2/4 50	3/4 75	2/5 40	2/4 50	3/5 60	2/3 66,7	4/6 66,7	1/2 50	2/2 100	2/2 100	35/59 59,3

Na mandíbula os dentes mais afetados foram o canino esquerdo (5/5, 100%), o canino direito (6/7, 85,7%), os incisivos direitos (5/6, 83,3% em ambos) e o incisivo central esquerdo (4/5, 80%) (figura 3.44.), tendo sido registadas frequências elevadas em quase todos os dentes. O dente menos afetado por tártaro foi o 2º molar direito (1/4, 25%), o único com frequência abaixo dos 50% (tabela 3.13.).

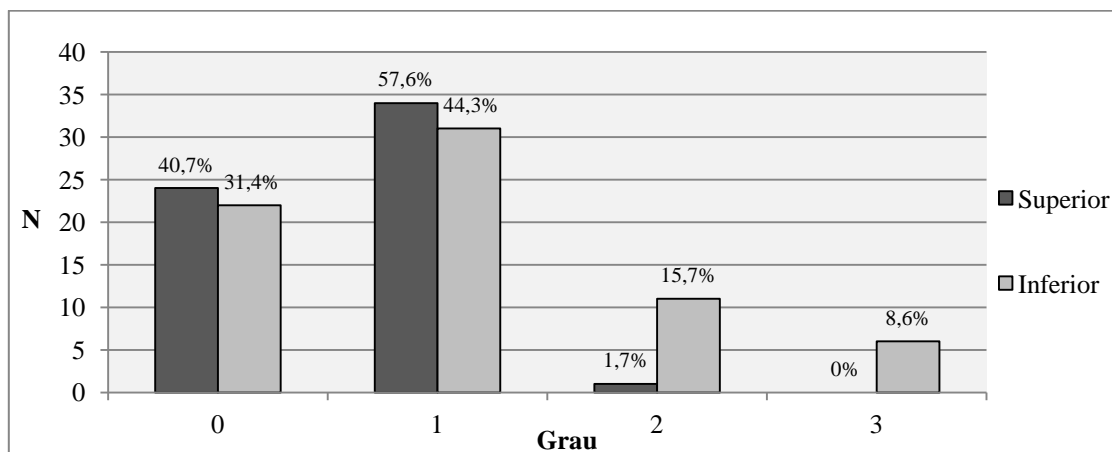
**Tabela 3.13.** Dentes mandibulares afetados por tártaro.

Grau	Direito								Esquerdo							Total	
	3M	2M	1M	2PM	1PM	C	IL	IC	IC	IL	C	1PM	2PM	1M	2M		3M
1	2	1	1	2	1	5	2	2	2	2	3	1	2	2	2	1	31
2	-	-	-	1	2	-	2	1	-	1	2	1	1	-	-	-	11
3	-	-	-	-	-	1	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	6
Total %	2/3 66,7	1/4 25	1/2 50	3/5 60	3/4 75	6/7 85,7	5/6 83,3	5/6 83,3	4/5 80	3/5 60	5/5 100	2/5 40	3/4 75	2/3 66,7	2/4 50	1/2 50	48/70 68,6

A dentição anterior mostra frequências de tártaro ligeiramente mais elevadas (41/59, 69,5%) que a posterior (44/70, 62,9%), embora os valores não sejam muito diferentes. Quanto aos graus de tártaro na dentição superior, foram registados 24 dentes (24/59, 40,7%) e 22 na inferior (22/70, 31,4%) com grau 0, isto é, sem tártaro. Quer os dentes maxilares (34/59, 57,6%), quer os mandibulares (31/70, 44,3%) enquadram-se com maior frequência no grau 1; seguem-se 12 com grau 2 (1/59, 1,7% nos dentes maxilares e 11/70, 15,7% nos mandibulares) e 6 dentes mandibulares (6/70, 8,6%) que apresentam grau 3 (figura 3.42.).

No Largo Cândido dos Reis (Graça, 2010), foram também os dentes que apresentavam grau 1 os mais frequentemente registados (59,3%). Para além disso, dos oito indivíduos adultos daquela amostra, sete apresentavam tártaro (7/8, 87,5%), enquanto na nossa, dos cinco indivíduos com dentes presentes, assim como no único maxilar e nas duas mandíbulas de ossários, foi observado em todos. Na coleção de Santo Antão-o-Novo (Godinho, 2008) também em todos os indivíduos adultos foi identificado tártaro (10/10,

100%). Os esqueletos analisados em Tereso (2009) são os que apresentam valores mais altos, sendo observado na totalidade dos dentes maxilares (107/107, 100%) e mandibulares (132/132, 100%). Os nossos resultados estão assim mais de acordo com os obtidos por Godinho (2008) e Graça (2010).

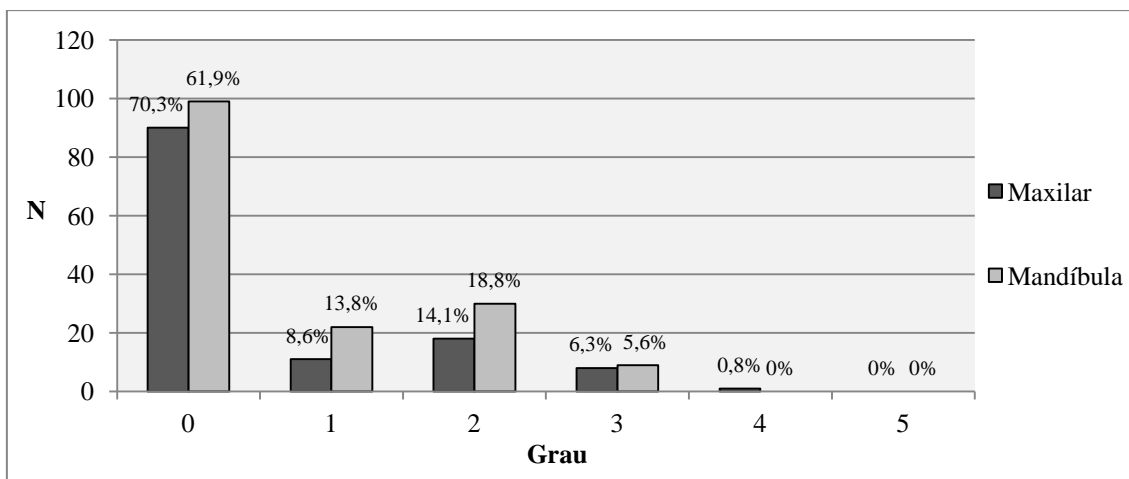


**Figura 3.42.** Tártaro registado na dentição superior e inferior.

Apesar das conclusões terem que ser tiradas com as devidas reservas, a presença de tártaro nos dentes, entre outras razões, poderá indicar que a dieta dos indivíduos incluía uma certa quantidade de proteínas, possivelmente associada a uma fraca higiene dentária (Lieverse, 1999; Hillson, 2005). No entanto, a simples observação macroscópica torna a discussão da etiologia do tártaro bastante incerta (Lieverse, 1999).

### 3.5.1.6. Doença periodontal

Dos quatro indivíduos em que nos foi possível observar paredes alveolares no maxilar ou mandíbula, foi identificado um (masculino) com gengivite e três (femininos) com periodontite. O grau 0, que identifica os dentes vizinhos perdidos *ante mortem* ou paredes danificadas *post mortem* e nos quais não é possível registar a presença/ausência de doença periodontal, foi o mais registado, quer nos maxilares (90/128, 70,3%), quer nas mandíbulas (99/160, 61,9%). O grau 1, que identifica dentes saudáveis, é mais frequente nas mandíbulas (22/128, 13,8%) que nos maxilares (11/160, 8,6%). As dentições inferiores observadas foram mais afetadas por gengivite (30/160, 18,8%) que as superiores (18/128, 14,1%) e a periodontite apresenta uma maior frequência nos maxilares (9/128, 7%) do que nas mandíbulas (9/160, 5,6%) (tabela 3.43.; apêndice A, tabelas 1.16. e 1.17.).



**Figura 3.43.** Doença periodontal registada nos maxilares e mandíbulas.

A dentição anterior foi mais afetada por gengivite e periodontite (34/288, 11,8%) do que a dentição posterior (29/288, 10,1%), enquanto os lados esquerdo e direito foram afetados de igual forma (33/288, 11,5%).

Waldron (2009) refere que a doença periodontal é a maior causa de perda de dentes *ante mortem*. Como foram observadas elevadas frequências de perda dentária *ante mortem*, a doença periodontal pode já ter afetado de uma forma mais efetiva a dentição destes indivíduos. No entanto, uma vez que os dentes foram perdidos em vida, não nos é possível ter certezas sobre as razões para tal ter acontecido.

### 3.5.1.7. Hipoplasias do esmalte dentário

A etiologia das hipoplasias é multifatorial e pode estar associada à má nutrição ou a doenças infecciosas como as cáries dentárias e dependerão da duração do stresse a que o indivíduo é sujeito, assim como da sua suscetibilidade genética a esse mesmo stresse (Griffin e Donlon, 2009). Foram identificadas hipoplasias do esmalte dentário nas dentições dos esqueletos 2, 3, 8 e 13.

Na dentição superior do esqueleto 2 de um adulto maduro masculino, foram observadas no 1º molar direito, em ambos os 2ºs molares e nos quatro incisivos, enquanto na dentição inferior foram registadas nos incisivos e caninos. Todas se enquadram no grau 2 da escala de Schultz (1988 *in* Steckel *et al.*, 2005). É de salientar que, ainda assim, quer o maxilar (canino direito, 1ºs pré-molares, 1º e 3º molares esquerdos), quer a mandíbula (1º pré-molar direito, 2ºs pré-molares, 1ºs e 3ºs molares) foram bastante afetados por perda dentária *ante mortem*. No esqueleto 3 de um adulto maduro

feminino, foram observadas hipoplasias do esmalte dentário de grau 2 nos caninos e incisivos centrais da mandíbula, enquanto o maxilar foi quase totalmente afetado por perda dentária *ante e post mortem* (apenas estão presentes o 2° e 3° molares direitos). No esqueleto 8 de um adulto maduro também feminino, foram observadas hipoplasias de grau 3 nos incisivos centrais e canino esquerdo do maxilar, enquanto na mandíbula foram registadas com o mesmo grau nos incisivos (exceto no central direito) e canino direito e com grau 2 no canino esquerdo. Também aqui, quer o maxilar (1° pré-molar direito, 1<sup>os</sup> e 3<sup>os</sup> molares e 2° molar esquerdo), quer a mandíbula (1<sup>os</sup> pré-molares, 2° pré-molar esquerdo e todos os molares) foram afetados por perda dentária *ante e post mortem*. Finalmente, no esqueleto 13 de um adulto feminino, onde apenas temos presente o incisivo central esquerdo e os 2<sup>os</sup> pré-molares superiores, foram registadas hipoplasias de grau 3 no dente anterior. Os restantes dentes maxilares e mandibulares foram perdidos *ante ou post mortem*.

Genericamente, foram observadas hipoplasias em 20,2% (26/129) dos dentes. Nos dentes maxilares houve uma afetação de 22% (13/59), sendo que os dentes mais afetados foram o incisivo central direito (2/4, 50%), o incisivo lateral esquerdo (2/4, 50%) e o 2° molar esquerdo (1/2, 50%) (tabela 3.14.).

**Tabela 3.14.** Dentes maxilares com hipoplasias do esmalte dentário.

Grau	Direito								Esquerdo							Total	
	3M	2M	1M	2PM	1PM	C	IL	IC	IC	IL	C	1PM	2PM	1M	2M		3M
1	5	5	2	4	1	2	3	2	3	2	3	3	6	2	1	2	46
2	-	1	1	-	-	-	1	1	1	1	1	-	-	-	1	-	8
3	-	-	-	-	-	1	-	1	1	1	1	-	-	-	-	-	5
Total	0/5	1/6	1/3	0/4	0/1	1/3	1/4	2/4	2/5	2/4	2/5	0/3	0/6	0/2	1/2	0/2	13/59
%	0	16,7	33,3	0	0	33,3	25	50	40	50	40	0	0	0	50	0	22

Nos dentes mandibulares foi registada uma afetação de 18,6% (13/70), principalmente no incisivo central esquerdo (3/5, 60%), incisivo lateral esquerdo (2/5, 40%) e canino esquerdo (2/5, 40%) (tabela 3.15.).

**Tabela 3.15.** Dentes mandibulares com hipoplasias do esmalte dentário.

Grau	Direito								Esquerdo							Total	
	3M	2M	1M	2PM	1PM	C	IL	IC	IC	IL	C	1PM	2PM	1M	2M		3M
1	3	4	2	5	4	5	4	4	2	3	3	5	4	3	4	2	57
2	-	-	-	-	-	2	1	2	2	1	2	-	-	-	-	-	10
3	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	3
Total	0/3	0/4	0/2	0/5	0/4	2/7	2/6	2/6	3/5	2/5	2/5	0/5	0/4	0/3	0/4	0/2	13/70
%	0	0	0	0	0	28,6	33,3	33,3	60	40	40	0	0	0	0	0	18,6

A dentição anterior (23/59, 39%) foi bem mais afetada por hipoplasias do esmalte dentário que a posterior (3/70, 4,3%).

### 3.5.1.8. Lesões periapicais

Foram identificadas oito lesões dentárias periapicais nos 9 maxilares presentes (tabela 3.16.) e em nenhuma das 10 mandíbulas. Sete das lesões correspondem a quistos periapicais (figuras 3.45. e 3.46.) e apenas uma a granuloma, este último identificado junto ao osso alveolar do canino esquerdo do maxilar 903-74 e com um tamanho de 1x1mm. O quisto periapical mais pequeno foi registado no esqueleto 8 (3,5x3mm) e os maiores no esqueleto 5 e no crânio 1125-1 (ambos com 5x5mm).

**Tabela 3.16.** Maxilares presentes na amostra e respetivas lesões periapicais.

Maxillae		Lesão periapical			
		Tipo	Dente	Dente presente (P)/Ausente (A)	Tamanho (mm)
Esqueleto	2	Sem lesão	-	-	-
	3	Quisto	Incisivo – central direito	A	4 x 3
	4	Sem lesão	-	-	-
	5	Quisto	Pré-molar – 1º direito	A	5 x 5
	8	Quisto	Canino direito	P	3,5 x 3
		Quisto	Pré-molar – 1º direito	A	3 x 5
13	Quisto	Incisivo – Central direito	A	5 x 4	
Osso solto	903-74	Granuloma	Canino - Esquerdo	A	1 x 1
	1125-1	Quisto	Incisivo – Central direito	A	5 x 5
	1125-18	Quisto	Pré-molar – 1º direito	P	5 x 3

Para além do tamanho que as diferencia, as lesões observadas na zona do maxilar junto ao ápex da raíz podem no geral ser descritas como suaves e com margens bem circunscritas. Nenhuma das paredes das lesões identificadas pode ser descrita como eminentemente rugosa, fator que introduziria o diagnóstico diferencial de abscesso (Dias e Tayles, 1997). Estes resultados estão de acordo com outros estudos. Apesar das lesões dentárias periapicais poderem ser observadas em qualquer dente erupcionado, vários estudos indicam que são mais comuns nos maxilares que nas mandíbulas (*e.g.*, Hillson, 2005; Ogden, 2008), o que pode ser explicado pela maior complexidade da forma das raízes dos dentes superiores, mas também pela maior espessura do osso cortical mandibular em relação ao maxilar (Ogden, 2008). Para além disso, Hillson (2005) refere que os granulomas são mais comuns nos dentes anteriores. Na nossa amostra os dentes mais afetados por lesões periapicais foram os incisivos centrais

direitos (3/8, 37,5%) e os 1<sup>os</sup> pré-molares direitos (3/8, 37,5%), para além de um canino esquerdo (1/8, 12,5%) e um direito (1/8, 12,5%) o que está de acordo com o referido.

Vários investigadores (*e.g.*, Hillson, 2005) referem a possibilidade da origem das lesões periapicais poder estar associada às cáries e ao desgaste dentário. Infelizmente, este tipo de associação não foi possível fazer de forma definitiva, uma vez que a maior parte dos dentes afetados foram perdidos (6/8, 75%) *ante e/ou post mortem*. No entanto, nos dois presentes, o 1<sup>o</sup> pré-molar direito do crânio 1125-18 apresenta uma cárie que destruiu a coroa dentária, enquanto o canino direito do esqueleto 8 apresenta um elevado grau de desgaste (grau 5), embora sem sinais do desenvolvimento de uma lesão cariogénica. Se levarmos em linha de conta estes dois dentes poderá haver, de fato, uma associação.

### 3.5.2. Patologia degenerativa

#### 3.5.2.1. Articular

Dos conjuntos de superfícies articulares observados, destacam-se os resultados elevados da presença de osteoartrose (OA) em três: ombro (21/45, 46,7%), cotovelo (20/47, 42,6%) e joelho (14/35, 40%). Em sentido contrário temos todos os outros conjuntos de superfícies articulares, que apresentam resultados abaixo dos 20%. Os menos afetados são os do tornozelo (0/27, 0%), pulso (3/43, 7%) e pé (32/271, 11,8%) (tabela 3.17.). Os resultados por superfície articular podem ser consultados no apêndice A, tabelas 1.18. a 1.20.

**Tabela 3.17.** Conjuntos de superfícies articulares afetadas por OA em toda a amostra, por lateralidade.

Conjuntos de superfícies articulares	N	Direito			Esquerdo			Indeterminado/ Sem lateralidade			Total		
		OA			OA			OA			OA		
		O	n	%	O	n	%	O	n	%	O	n	%
<b>Temporomandibular</b>	43	11	1	9,1	12	2	16,7	-	-	-	23	3	13
<b>Ombro</b>	106	21	11	52,4	24	10	41,7	-	-	-	45	21	46,7
<b>Cotovelo</b>	76	26	12	46,2	21	8	38,1	-	-	-	47	20	42,6
<b>Pulso</b>	67	21	2	9,5	22	1	4,5	-	-	-	43	3	7
<b>Mão</b>	434	106	12	11,3	76	10	13,2	207	32	15,5	389	54	13,9
<b>Coluna vertebral</b>	219	-	-	-	-	-	-	161	28	17,4	161	28	17,4
<b>Anca</b>	46	6	0	0	9	2	22,2	-	-	-	15	2	13,3
<b>Joelho</b>	71	21	8	38,1	14	6	42,9	-	-	-	35	14	40
<b>Tornozelo</b>	68	14	0	0	13	0	0	-	-	-	27	0	0
<b>Pé</b>	337	66	7	10,6	63	3	4,8	142	22	15,5	271	32	11,8
<b>Membros superiores</b>	726	185	38	20,5	155	31	20	207	32	15,5	547	101	18,5
<b>Membros inferiores</b>	522	107	15	14	99	11	11,1	142	22	15,5	348	48	13,8
<b>Total</b>	<b>1467</b>	<b>292</b>	<b>53</b>	<b>18,2</b>	<b>254</b>	<b>42</b>	<b>16,5</b>				<b>1056</b>	<b>177</b>	<b>16,8</b>

N=Total; O=Observáveis; n=Presença de OA.

Os três casos em que foi registada OA nas superfícies articulares temporomandibulares enquadram-se na expressão mínima definida por Rando e Waldron (2012) (figura 3.48.). No nosso trabalho, a OA temporomandibular não parece acompanhar os padrões de outros estudos, associados ao aumento da sua frequência com a avançar da idade (Rango e Waldron, 2012). Apesar dos resultados apontarem apenas para a presença de adultos maduros e idosos, a OA temporomandibular apresenta uma frequência relativamente baixa (3/23, 13%) entre as observadas. Estas frequências estão genericamente de acordo com as observadas de Tereso (2009) (2/26, 7,7%) e de Godinho (2008) (2/24, 8,3%).

Quanto às superfícies articulares dos membros superiores, como vimos anteriormente, existe uma grande diferença entre ombros e cotovelos em relação aos pulsos, mas também à mão (54/389, 13,9%). Apesar de vários investigadores referirem que a articulação gleno-umeral é normalmente pouco afetada (*e.g.*, Ortner, 2003; Waldron, 2009) é, neste trabalho, das que apresenta frequências de OA mais elevadas (7/14, 50%). Para além disso, Waldron (2009) refere que a articulação acrómio-clavicular é normalmente mais afetada que a esterno-clavicular. Apesar de frequências altas para ambas, neste trabalho acontece o contrário, com a primeira a apresentar uma frequência de 5/13 (38,5%) e a segunda de 9/18 (50%) (figura 3.47.). No conjunto, as superfícies articulares dos ombros são as mais afetadas o que não está, no geral, de acordo com a literatura.

Por outro lado, apesar de noutros estudos o cotovelo ser raramente afetado por OA, é o segundo conjunto de superfícies articulares mais afetado (20/47, 42,6%) (figura 3.49.). Já os resultados para o pulso estão de acordo com a literatura, que o refere como raramente afetado (figura 3.50.), assim como os da mão, onde o 1º metacarpo (7/14, 50%) apresenta por norma frequências mais elevadas (Ortner, 2003; Waldron, 2009).

Os resultados para os membros superiores também não estão de acordo com outros trabalhos coevos. Os esqueletos analisados em Tereso (2009) apresentam frequências de OA para o ombro de 12% (6/50), para o cotovelo de 32,2% (10/31), para o pulso de 6,6% (2/31) e para as mãos de 21,2% (7/33). Os resultados de Godinho (2008) mostram também frequências mais baixas para o ombro (7/52, 13,5%) e cotovelo (5/15, 33,3%). Em ambos os trabalhos são principalmente nas articulações do ombro que se observam maiores diferenças para os resultados aqui apresentados.



Na coluna vertebral foram observados resultados que estão de acordo com a literatura, com frequências de OA relativamente baixas nas cervicais (6/51, 11,8%) e torácicas (10/75, 13,3%) e mais elevadas nas lombares (12/35, 34,3%), que Waldron (2009) refere como as que são normalmente mais afetadas. Também Godinho (2008), Tereso (2009) e Graça (2010) mostram que há um aumento gradual das frequências de OA à medida que descemos na coluna vertebral. Apenas em Benisse (2005) as vértebras lombares não acompanham este padrão.

Quanto aos membros inferiores, o joelho é o conjunto das superfícies articulares mais afetada (14/35, 40%) (figura 3.51.), o que também está de acordo com os resultados referidos na literatura (Ortner, 2003; Waldron, 2009), uma vez que é uma zona de grande stresse biomecânico. No pé é o 1º metatarso o mais afetado (7/12, 58,3%) (figuras 3.52. e 3.53.), apresentando uma tendência bastante diferente dos restantes ossos.

Na anca seriam de esperar frequências um pouco mais elevadas, enquanto no tornozelo a ausência de afetação está de acordo com o que nos diz Waldron (2009), ao referir uma afetação extremamente incomum desta articulação.

Os resultados descritos em Tereso (2009) para os membros inferiores não estão de acordo com os nossos. Naquele estudo, as articulações do pé são as mais afetadas (22/43, 51,7%), seguidos da anca (12/31, 38,7%) e só depois do joelho (8/48, 16,7%). Na amostra de Godinho (2008) as articulações dos pés são também as mais afetadas (6/28, 21,43%), seguidas das do joelho (6/33, 18,18%), tornozelo (5/30, 16,67%) e anca (4/26, 15,38%).

#### 3.5.2.2. Não articular

A análise individual das alterações de entese mostra todas as observações de oito zonas de inserção têm algum grau de alteração: na escápula, a zona de inserção do músculo *triceps brachii* (7/7, 100%), na clavícula a do ligamento conóide (10/10, 100%) e do músculo *deltoideus* (13/13, 100%), no úmero a do músculo *pectoralis major* (12/12, 100%), na ulna dos músculos *brachialis* (20/20, 100%) e *supinator* (18/18, 100%), no fémur do músculo *gluteus maximus* (20/20, 100%), na tíbia do tendão *quadriceps* (9/9, 100%) e do músculo *soleus* (17/17, 100%) e no pé do tendão de aquiles (10/10, 100%). As zonas de inserção menos afetadas são as do ligamento trapezóide (8/10, 80%) e do

músculo *pectoralis major* (7/13, 53,8%) na clavícula, do músculo *triceps brachii* (13/17, 76,5%) na ulna e do músculo *pronator teres* (9/18, 50%) no rádio (figuras 3.54. a 3.57.). Todos os resultados para a patologia degenerativa não articular podem ser consultados no apêndice A, tabelas 1.21. e 1.22.

A inexistência de alteração de entese (grau 0) foi a menos identificada (40/335, 11,9%), mais do lado esquerdo (22/178, 12,4%) do que no direito (18/157, 11,5%). As alterações de grau mais severo de alteração de entese foram as segundas mais identificadas (43/335, 12,8%), mais uma vez com maior frequência do lado esquerdo (23/178, 12,9%) que do direito (20/157, 12,7%). As de grau 2 foram as seguintes (106/335, 31,6%), com a frequência de 56/157 (35,7%) do lado direito e de 50/178 (28,1%) do lado esquerdo. As de grau 1 foram as mais observadas (146/335, 43,6%), com uma frequência de 83/178 (46,6%) no lado esquerdo e de 63/157 (40,1%) no lado direito.

Quando analisadas em conjunto, nos membros superiores foram as zonas de inserção do cotovelo as mais afetadas (68/76, 89,5%), seguidas das do ombro (82/95, 86,3%) e finalmente do antebraço (42/54, 77,8%). Quanto aos membros inferiores são as zonas de inserção do pé as mais afetadas (27/27, 100%), seguidas pelas da anca (45/50, 93,9%) e do joelho (45/50, 90%) (tabela 3.18.).

**Tabela 3.18.** Frequências de alterações da entese divididas de acordo com o complexo funcional a que pertencem, segundo o método de Mariotti *et al.*(2007).

Complexo funcional	Direito				Esquerdo				Total			
	N	O	n	%	N	O	n	%	N	O	n	%
Ombro	71	47	41	87,2	75	48	41	85,4	146	95	82	86,3
Cotovelo	58	35	30	85,7	60	41	38	92,7	118	76	68	89,5
Antebraço	34	25	20	80	38	29	22	75,9	72	54	42	77,8
Anca	20	13	12	92,3	34	20	19	95	54	33	31	93,9
Joelho	34	22	21	95,5	41	28	24	85,7	75	50	45	90
Pé	22	15	15	100	21	12	12	100	43	27	27	100
Membros superiores	163	107	91	85	173	118	101	85,6	336	225	192	85,3
Membros inferiores	76	50	48	96	96	60	55	91,7	172	110	103	93,6
Membros sup+inf	239	157	139	88,5	269	178	156	87,6	508	335	295	88,1

N=Total; O=Observáveis; n=Presença de alteração de entese.

De resto, foram obtidas frequências bastante altas para alterações de grau 1, 2 ou 3 observadas quer nos membros superiores (192/225, 85,3%), quer nos inferiores (103/110, 93,6%), embora um pouco mais elevadas nos inferiores. No conjunto das zonas de inserção as mais afetadas foram as do lado direito (139/157, 88,5%), tendo para isso uma maior contribuição as inserções dos membros inferiores (48/50, 96%). As

zonas de inserção do lado esquerdo tiveram uma afetação de 156/178 (87,6%) (bastante próxima do lado direito), sendo que os membros inferiores esquerdos foram mais afetados (55/60, 91,7%) do que os superiores (101/118, 85,6%).

No Largo Cândido dos Reis (Tereso, 2009) os membros inferiores são também os mais afetados e a zona de inserção do tendão de aquiles é a que mostra maior número de alterações (12/17, 70,6%). Pelo contrário, em Santo Antão-o-Novo (Godinho, 2008) são mais frequentes as alterações de entese nos membros superiores.

### 3.5.2.3. *A etiopatogénese da patologia degenerativa e os processos da Inquisição de Évora*

A etiologia da patologia degenerativa articular e da não articular é multifatorial, apesar de muitas vezes associada por vários investigadores aos mesmos fatores. Desta forma, a análise conjunta das suas frequências pode confirmar ou contestar argumentos em determinado sentido com maior acuidade.

Quanto à OA, Waldron (2009) refere que é a condição mais comum no esqueleto humano. A sua etiopatogénese multifatorial incluiu a genética, o sexo, a obesidade o trauma ou o movimento (Weiss e Jurmain, 2007). A literatura diz-nos que a frequência desta patologia aumenta com a idade e é um pouco mais comum no sexo feminino que no masculino. No entanto, a sua etiologia complexa deve levar a que os resultados obtidos para a OA sejam analisados com cuidado quando se tentam reconstruir padrões de atividade específicos, até porque será muito provavelmente o resultado da interação de vários fatores (Ortner, 2003; Weiss e Jurmain, 2007).

Também as alterações da entese têm uma etiologia multifatorial e fatores isolados, assim como o seu contributo relativo para determinada alteração, são bastante difíceis de quantificar (Mariotti *et al.*, 2004; 2007). Mariotti *et al.* (2007) referem que para uma melhor interpretação dos resultados obtidos é necessária a sua divisão por sexo e idade. Quanto ao primeiro, devido ao tamanho da amostra, não nos foi possível obter os dados respetivos; no entanto, para o segundo item, sabemos que os nossos restos osteológicos humanos são compostos apenas por adultos maduros e idosos, o que deve ser tido em atenção quer para a patologia degenerativa não articular, quer para a articular.

Se por um lado Mariotti *et al.* (2007) referem que a idade é o principal fator que influencia o grau de desenvolvimento das zonas de inserção de ligamentos, músculos e

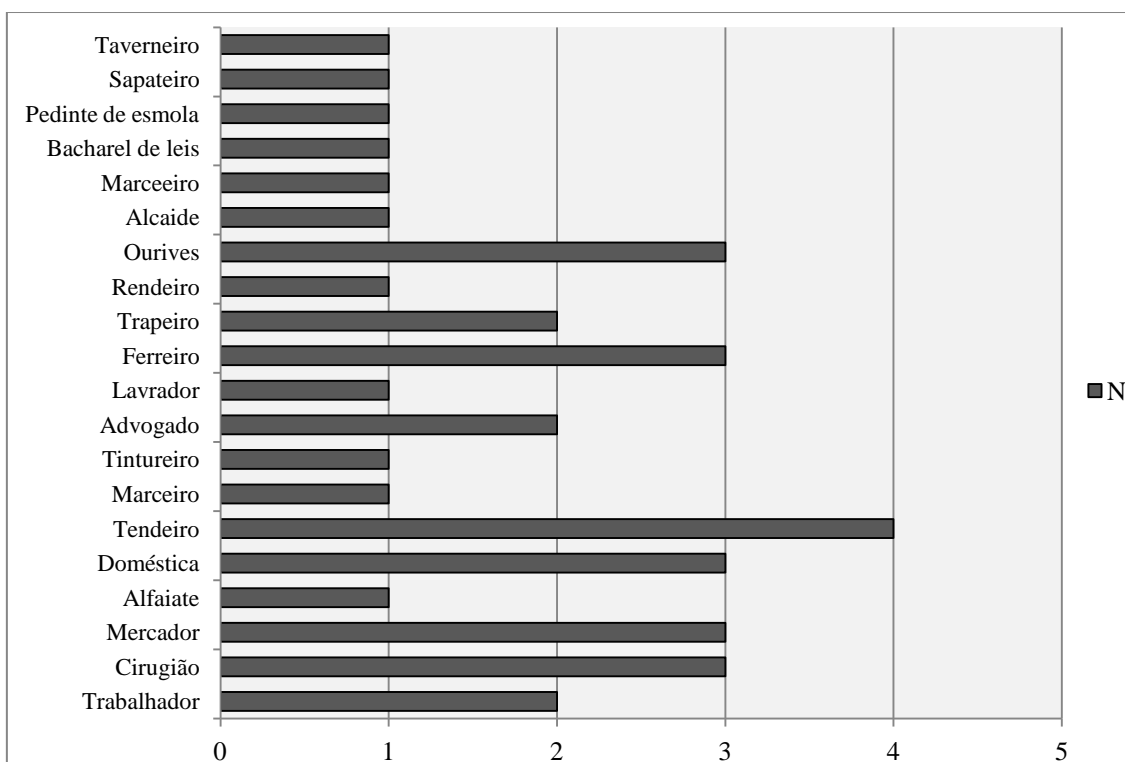
tendões, por outro, o seu desenvolvimento em indivíduos mais velhos pode ser também um indicador de maior esforço mecânico. Apesar do estudo específico de grupos de atividades onde esse tipo de esforço é mais evidente não ser sinónimo de resultados com alterações mais desenvolvidas nesses mesmos grupos (*e.g.*, Cunha e Umbelino, 1995; Mariotti *et al.*, 2004; 2007), os resultados de Villotte *et al.* (2010) apontam no sentido de que pessoas com ocupações envolvendo tarefas manuais pesadas apresentarem lesões ósseas mais desenvolvidas nos membros superiores que os restantes.

Assim, tendo em conta o perigo da associação demasiado simplista entre zonas de inserção desenvolvidas e atividade, sexo ou idade (Jurmain e Roberts, 2008; Villotte *et al.*, 2010), podemos apenas discutir hipóteses para os resultados obtidos. Como vimos atrás, isto é válido também para a patologia degenerativa articular. Da análise dos resultados atrás referidos, saltam à vista os obtidos para os ombros e cotovelos na OA que, como foi dito, não estão de acordo com o referido na literatura e noutras coleções osteológicas portuguesas. Para além disso, apesar da patologia degenerativa não articular ser mais frequente nos membros inferiores que nos superiores, neste últimos é também mais frequente nas zonas de inserção do ombro e cotovelo do que no antebraço. Estes resultados, associados ao contexto histórico onde foram descartados os indivíduos em análise, fez com que a tortura da polé se transformasse numa hipótese lógica para a sua obtenção. Contribuiu para a colocação dessa hipótese o facto do tempo de prisão na Inquisição de Évora, segundo os seus processos individuais, ir de alguns dias até vários anos, assim como a utilização da polé como um dos dois métodos de tortura oficiais em Évora e, portanto, um dos mais utilizados (foi mesmo o único até 1594).

Através da consulta dos processos individuais da Inquisição de Évora compreendemos, no entanto, que, independentemente do tempo de prisão (1 dia, 1 ano, 5 anos), a tortura era aplicada em momentos específicos do processo, isto é, depois da “*admoestação*” (realizada 2 ou 3 vezes), quando o preso era intimado a confessar as culpas de que era acusado. Caso confessasse todas não era torturado. Se confessasse apenas algumas era levado à tortura da polé ou do potro uma ou duas vezes (não mais que isso nos 42 processos que consultámos), ao que se seguia a sentença dada pelos Inquisidores de Évora. Acresce que, dos 11 processos de indivíduos que sabemos terem sido descartados no “*Quintal da limpeza dos cárceres*”, apenas um, António Mendes, de 40 anos, acusado de judaísmo, heresia e apostasia (ANTT, proc. 7664), foi torturado na polé, pouco tempo antes de morrer. A conjugação destes dados mostra-nos que, mesmo

que um indivíduo fosse torturado duas vezes, não seria o necessário para termos evidências disso nas articulações e nas zonas de inserção de músculos, ligamentos e tendões, pelo que os resultados obtidos para a OA e para as alterações de entese terão que ter necessariamente outras etiologias.

A informação recolhida através da consulta dos processos da Inquisição de Évora não se esgotou aqui. Foi também possível, por exemplo, obter a profissão de 36 indivíduos antes de serem presos, enumeradas na figura 3.58.



**Figura 3.58.** Profissões de 36 dos indivíduos que faleceram nos cárceres da Inquisição de Évora entre 1568 e 1634.

Profissões que implicam um maior esforço mecânico dos braços, tais como ferreiro, lavrador ou trabalhador poderão ser úteis para nos ajudarem a perceber os resultados que obtivemos para a OA nas articulações dos braços e para as zonas de inserção de músculos, ligamentos e tendões. É, no entanto, importante referir que em 53 indivíduos dos 87 processos consultados não foi possível saber qual a sua profissão, principalmente para as mulheres (é referida apenas para 3 domésticas). Uma vez que a diagnose sexual dos indivíduos que aqui estudamos resultou em oito mulheres e três homens, é assim necessário algum cuidado na leitura destes dados.

No contexto desta amostra, a idade deve ser ponderada como um dos fatores que mais pode ter contribuído para os resultados obtidos para a patologia degenerativa. A estimativa da idade à morte enquadrou os indivíduos desta coleção nas faixas etárias de adultos maduros e idosos e todos os ossos observados parecem pertencer a adultos. As idades dos falecidos nos cárceres da Inquisição de Évora entre 1568-1634 consultadas nos processos confirmam estes dados, como vimos no capítulo 3.1. Em certa medida, o esforço físico proporcionado pelas atividades profissionais poderá também ter tido algum peso. A tortura ficará, até evidências em contrário, fora desta equação.

### 3.5.3. Patologia vertebral

No esqueleto 2 de um adulto maduro do sexo masculino, foram identificados nódulos de Schmorl em oito vértebras, sete torácicas e uma lombar (figura 3.59.). Apesar das vértebras se encontrarem bastante fragmentadas, foi também observada osteofitose em cinco corpos vertebrais torácicos, assim como em uma lombar. No esqueleto 3 de um adulto maduro do sexo feminino, foram também observados nódulos de Schmorl em quatro vértebras torácicas, associados à presença de sindesmófitos numa delas, assim como a osteofitose nas margens dos corpos vertebrais presentes (cervicais, torácicas e lombares). Nas cervicais foi também observada a presença de sindesmófitos e ossificações paravertebrais. No esqueleto 7 de um adulto maduro do sexo feminino, apesar das vértebras estarem, no geral, bastante fragmentadas, são ainda observáveis dois corpos vertebrais torácicos com nódulos de Schmorl. Nos ossários foram registados nódulos de Schmorl nas vértebras lombares 902-61 e 902-64, em ambas associados a osteofitose nas margens dos corpos vertebrais.

Os nódulos de Schmorl são depressões nas superfícies do corpo vertebral causados pela herniação do *nucleus pulposus* através do enfraquecimento do *annulus fibrosus* (Faccia e Williams, 2008; Plomp *et al.* 2012). São lesões frequentemente observadas no registo paleopatológico e normalmente nas vértebras torácicas inferiores e lombares (Klaus *et al.*, 2009; Waldron, 2009; Dar *et al.*, 2010; Plomp *et al.*, 2012), o que está de acordo com o registado na nossa amostra. Embora a sua etiologia seja multifatorial e ainda se encontre em debate, pode resultar da tensão biomecânica (que origina a degeneração dos discos vertebrais), trauma, deficiências metabólicas, aumento do peso corporal ou mesmo de uma predisposição genética (Cholewicki e MacGil, 1996; Kyere *et al.*, 2012; Plomp *et al.*, 2012).

A presença de osteofitose nas margens dos corpos dos indivíduos referidos acima corrobora os diagnósticos de doença degenerativa do disco vertebral ou resposta ao stress, às quais está normalmente associada (Marques, 2007). Apesar da sua maior frequência no sexo masculino (Plomp *et al.*, 2012), os nódulos de Schmorl foram identificados neste trabalho em dois indivíduos femininos (2/9, 22,2%) e um masculino (1/3, 33,3%). Embora não seja uma associação completamente compreendida, a dor nas costas está normalmente associada à presença destes nódulos (Peng *et al.*, 2003; Kyere *et al.*, 2012; Plomp *et al.*, 2012). Indo de encontro aos nossos registos, Faccia e Williams (2008) afirmam que, através de estudos clínicos, a localização dos nódulos de Schmorl no centro das vértebras (assim como a presença de osteófitos) pode aumentar a dor nas costas, pelo que é um fator importante para percebermos este mecanismo nos indivíduos do exumados no “*Quintal da limpeza dos cárceres*”.

#### 3.5.4. Patologia infecciosa

##### 3.5.4.1. Formações ósseas

Foram identificadas 10 formações ósseas, 4 em esqueletos e 6 em ossos de ossários. Destas, 3 foram identificadas em ossos pertencentes a indivíduos do sexo masculino (3/10, 30%), 3 do sexo feminino (3/10, 30%) e 4 de sexo indeterminado (4/10, 40%). As alterações encontram-se descritas na tabela 3.19.

O crânio foi a parte do corpo mais afetada (3/10, 30%). No esqueleto 4 foram observadas pequenas formações de osso novo mal delimitadas junto à sutura sagital. No esqueleto 5 foi registada formação óssea ovalada (9x4mm) formada por pequenas espículas, junto à incisura supraorbital direita. No crânio 903-75 foram observados pequenos crescimentos ósseos em forma de espículas na *tabula interna*, próximos da zona de interseção do temporal e parietal esquerdos e occipital.

Nos ossos dos membros superiores foi identificada apenas formação óssea na ulna 902-15 (1/10, 0%), pequena formação de osso novo na sua metade distal, com cerca de 25x6mm. As restantes formações ósseas foram identificadas nos ossos dos membros inferiores, no fémur (2/10, 20%), na tíbia (2/10, 20%) e no perónio (2/10, 20%). O fémur 3-0-1 apresenta formações de osso remodelado, por um lado com forma ovalada (25x27mm) na zona de inserção inferior do ligamento intertrocanteriano e, por outro, junto ao epicôndilo lateral com forma idêntica (14x13mm), mas menos proeminente. No

fémur 902A-2 foi identificada formação de osso (14x8mm) associada a porosidade, junto ao epicôndilo medial.

**Tabela 3.19.** Esqueletos e ossos onde foram identificadas formações ósseas.

Esqueleto	Sexo	Ossos	Lado	Local	Descrição
2	M	Tíbia	D	Metade proximal lateral (crista interóssea)	Osso remodelado
		Perônio	D	Diáfise medial	Formações de osso novo, em algumas zonas em forma de pequenas espículas
4	F	Crânio (parietais)	-	Junto aos <i>foramina</i> e à sutura sagital	Pequenas formações de osso novo mal delimitadas
5	F	Crânio (frontal)	-	Junto à incisura supraorbital direita	Formação óssea ovalada (9x4mm) com forma de pequenas espículas
Osso solto	Sexo	Ossos	Lado	Local	Descrição
3-0-1	M	Fémur	E	Na linha intertrocanteriana e junto ao epicôndilo lateral	Osso remodelado de matriz ovalada na zona de inserção inferior do ligamento intertrocanteriano e com a mesma forma mas menos proeminente junto ao epicôndilo
902-15	I	Ulna	E	Metade distal da diáfise	Formação de osso novo
902A-2	I	Fémur	E	Junto ao epicôndilo medial	Formação de osso associada a porosidade
903-43	I	Perônio	I	Fragmento de diáfise	Processo infeccioso generalizado com formação de osso novo
903-75	F	Crânio (temporal, parietal e occipital)	E	<i>Tabula interna</i> , próximo da zona de interseção do temporal e parietal esquerdos e occipital	Crescimentos ósseos em forma de pequenas espículas
906-4	I	Tíbia	E	Face lateral e posterior da diáfise	Osso remodelado na face lateral e osso novo nas faces lateral e posterior

M=Masculino; F=Feminino; I=Indeterminado; D=Direito; E=Esquerdo.

No esqueleto 2 foi identificada formação de osso remodelada na metade proximal lateral da tíbia direita, junto à crista interóssea, assim como formações de osso novo irregulares na face medial da diáfise do perônio, em algumas zonas com forma de pequenas espículas. Na tíbia 906-4 foi observada formação de osso remodelado na face lateral (cuja fragmentação óssea não permite a sua observação integral) e de osso novo nas faces lateral e posterior (figura 3.60.). Finalmente, no perônio 903-43 foi registado um processo infeccioso generalizado com formação de osso novo no fragmento da diáfise (figura 3.61.).

As reações proliferativas do periósteo são a resposta a fatores patológicos intrínsecos ou extrínsecos, de uma forma inicial com a aparência de osso *woven*, remodelando ao longo do tempo para osso lamelar (Waldron, 2008; Weston, 2008). As formações de osso novo são frequentemente observadas em restos ósseos humanos arqueológicos e colocam vários desafios ao seu diagnóstico, uma vez que pode ter origem num conjunto



abrangente de patologias infecciosas, mas também metabólicas, traumáticas, neoplásicas, entre outras (Weston, 2009). Nos casos aqui descritos não podemos confirmar em definitivo a sua etiologia uma vez que ocorrem de forma localizada e isolada.

#### 3.5.4.2. Outros casos

Nos vários fragmentos do crânio 1125-1, recuperado na sondagem 11 e de sexo indeterminado, observam-se várias lesões. Uma vez que o crânio se encontra bastante fragmentado, é possível observar, no interior das conchas nasais, remodelação óssea generalizada no fragmento de maxilar direito (figura 3.62.). O exterior do palatino direito apresenta também formação de osso novo com remodelação, assim como bastante porosidade (figura 3.64). Junto à denteição anterior são ainda observadas formações ósseas sob a forma de pequenas espículas, assim como o resultado de um quisto periapical no incisivo central direito e cujo dente está ausente (ver capítulo 3.5.1.8.), tal como, aliás, qualquer dos dentes deste fragmento de osso maxilar. As zonas alveolares dos incisivos e canino direitos apresentam destruição óssea até à raiz do dente na sua face bucal, enquanto na face lingual os alvéolos não apresentam remodelação que transpareça a perda dentária *ante mortem*, pelo que estes dentes poderão ter sido perdidos em altura próxima da morte do indivíduo (figura 3.63.). Os alvéolos dos molares apresentam também bastante remodelação óssea e alguma porosidade relacionado com o processo infeccioso descrito e com perda dentária não muito tempo antes da morte do indivíduo. Colocamos assim a hipótese da infeção poder ter tido origem na patologia dentária. Para além destas lesões, a *tabula externa* do osso frontal do crânio apresenta, junto à bossa esquerda, uma lesão ovalada com cerca de 24x18mm, sem remodelação óssea, mas que não parece ter sido provocada *post mortem*. Esta lesão apresenta prolongamento na *tabula interna*, onde é observável uma lesão osteolítica mais pequena e irregular (figuras 3.65. e 3.66.).

O diagnóstico diferencial para estas lesões é bastante arriscado, uma vez que até nós chegou apenas um crânio bastante fragmentado. Resta-nos colocá-lo num quadro de patologia infecciosa que, em abono da verdade, deverá incluir todas as que costumam afetar os ossos do crânio. Podemos apenas referir que a zona rinomaxilar, embora fragmentada, não apresenta lesões típicas da lepra (Ortner, 2003; Matos, 2009; Waldron, 2009), assim como são diferentes das normalmente associadas, por exemplo, à

sífilis (Ortner, 2003; Waldron, 2009). No entanto, precisaríamos da presença de outros ossos do corpo para um diagnóstico diferencial com maiores certezas.

Finalmente, no esqueleto 13 foi registada porosidade nos ossos maxilares, mas que é mais intensa junto à dentição anterior. Foi ainda observado um aspeto espiculado à volta de um defeito que Barnes (1994:177) apelida de “*median anterior maxillary fissural (inclusion) cyst*”, um *foramen* na união daqueles ossos, junto aos incisivos centrais, que apresenta 5x4mm. Estes *foramen* são relativamente frequentes em indivíduos com lepra (Matos, 2009). O crânio não apresenta, no entanto, outras lesões. O incisivo central direito apresenta ainda um quisto periapical, descrito no capítulo 3.5.1.8.

### 3.5.5. Patologia traumática

*“...foi outra vez amoestado que acabasse de confessar culpas e por negar lhe foi dito pello S<sup>r</sup> Inquisidor que se ele morresse neste tormento ou quebrasse algum membro de seu corpo ou corresse outro algum perigo a culpa fosse sua e não delle e logo foi começado a atar...”(ANTT, proc. 8186).*

Foram identificadas 9 lesões com origem traumática, 1 num osso da mão, o 5º metacarpo, 1 no fémur e as restantes 7 em costelas, que são das mais comuns quer no registo clínico, quer paleopatológico (*e.g.*, Lovell, 1997; Aufderheide e Rodríguez-Martín, 1998; Brickley, 2006; Matos 2009). Na tabela 3.20. são enumerados os traumas identificados.

**Tabela 3.20.** Lesões com origem traumática.

Esqueleto	Sexo	Lado	Osso	Local	Tipo de fratura
Esq. 1/6	M	E	5º metacarpo	Diáfise	Diagonal
		E	Costela	Diáfise	Transversal
		D	Costela	Diáfise (próximo da extremidade esternal)	Transversal
		D	11ª costela	Diáfise (próximo da Extremidade vertebral)	Transversal
Esq. 3	F	E	9ª costela	Diáfise	Transversal
Osso solto	Sexo	Lado	Osso	Local	Tipo de fratura
1118-3	I	I	Fémur	Cabeça	Transversal
1122-32	I	I	Costela	Diáfise	Transversal
1124-27	I	I	Costela	Diáfise (próximo da Extremidade vertebral)	Transversal
1125-30	I	I	Costela	Diáfise	Transversal

M=Masculino; F=Feminino; I=Indeterminado; D=Direito; E=Esquerdo.

No esqueleto 1/6 de um adulto maduro do sexo masculino, foram observadas 4 lesões com origem traumática. A lesão do 5º metacarpo da mão direita encontra-se remodelada, embora não da forma anatomicamente mais correta (figura 3.68.). A lesão da costela esquerda parece completamente remodelada (figura 3.69.) e as das direitas estão ainda em remodelação, pelo que deverão ter acontecido em momentos diferentes (figuras 3.70. e 3.71.). A localização das fraturas parece também indicar que não se tratou de uma ocorrência única. Por outro lado, a idade e o sexo deste indivíduo estão de acordo com outros estudos que indicam que a frequência das fraturas aumenta com a idade e é maior no sexo masculino (Sirmali *et al.*, 2003; Brickley, 2006). Enquanto no esqueleto 3 a fratura da 9ª costela esquerda se encontra completamente remodelada, as três costelas provenientes de ossários apresentam diferentes estados de remodelação. A costela 1124-27 é aquela onde a fratura parece ter acontecido há menos tempo (figura 3.73.), uma vez que se encontra ainda numa fase inicial de remodelação. A 1125-30 parece estar numa fase mais adiantada (figura 3.74.), enquanto a 1122-32 parece estar totalmente remodelada (figura 3.72.).

Nas torturas da polé e do potro os ossos longos dos membros seriam os mecanicamente mais afetados. Não nos parece plausível que a origem de qualquer das fraturas identificadas tenha tido origem em qualquer daquelas torturas e a consulta dos processos da Inquisição só nos confirma esta ideia. Vejamos alguns exemplos.

No “*Auto de Morte*” de Simão Fernandes, por exemplo, é referido que “...*morrera de hirisipela [erisipela] q deu nos braços...*” (ANTT, proc. 4281), uma infeção bacteriana da pele distinguida por limites bem demarcados da sua ação (Larivière *et al.*, 2011; Gunderson e Martinello, 2012). É, no entanto, referido mais à frente por Domingos Pereira, guarda dos cárceres, que Simão Fernandes “...*foi a tormento e depois de vir delle lhe sobreveio nos braços hirisipela ...*”. É possível que a erisipela tenha sido a sua causa de morte. No entanto, dada a rápida sequência de acontecimentos (o “*Auto de morte*” está logo a seguir à descrição da tortura), a razão poderá ter sido outro processo infeccioso mal diagnosticado (propositadamente?) com origem em trauma nos membros superiores depois de submetido à tortura do potro. A descrição dessa tortura diz-nos que nada confessou (pelo que a tortura terá sido agressiva) e, perto do fim, refere que Simão Fernandes foi levado “...*ao seu cacere pera ser curado...*” (ANTT, proc. 4281).

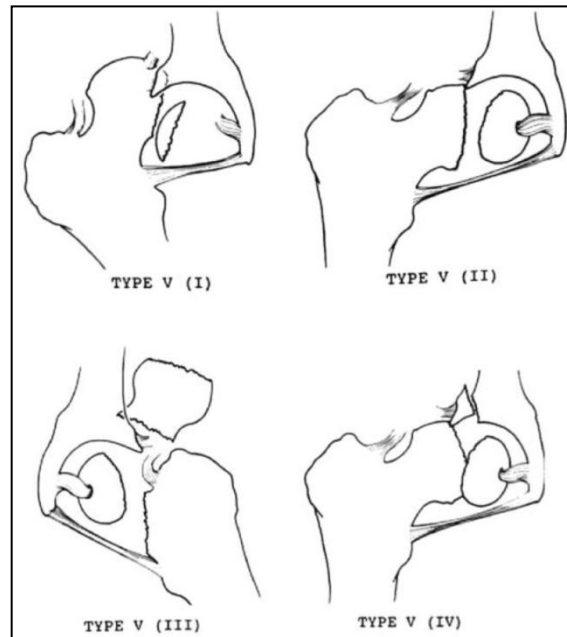
Não era de facto a primeira nem a última vez que tal aconteceria. Os processos de Álvaro Fernandes Castanho e Isabel Gomes, por exemplo, presos nos cárceres de Évora, são bastante elucidativos (embora não lhes tenhamos conseguido acesso, ambos são descritos em Coelho [2002]). O primeiro, de 64 anos, sofreu, a 14 de junho de 1636, três tratos espertos de que resultou um braço partido, tendo morrido no dia seguinte “...pisado do peito e ensanguentado...” (proc. nº10531 in Coelho, 2002). À segunda, de 45 anos, foi aplicado um trato esperto a 17 de setembro de 1640 e, “...por lhe ter rebentado o sangue nos braços...”, morreu no dia seguinte (proc. nº11192 in Coelho, 2002).

António Mendes, por sua vez, falecido nos cárceres de Évora a 3 de setembro de 1601 e descartado no “*Quintal da limpeza dos cárceres*”, foi sujeito a um trato esperto. O seu “*Auto de falecimento*” refere que faleceu de “...doença que tinha de febres...” (ANTT, proc. 7664). No entanto, a “*Sentença de tormento*”, imediatamente antes do “*Auto de falecimento*”, não deixa grandes dúvidas sobre o que as terá causado. A descrição da sua tortura refere, a determinada altura, que “...foi alevantado ate a roldana e por o sirurgião dizer sob cargo de juramento dos santos evangelhos que lhe foi dado em que possua mão que o reo não estava pera levar mais tormento por ser muito quebrado e correr perigo de vida... e foi mandado deçer e desatar e levar ao cacere...”.

Apesar destes relatos, não foram observados ossos longos dos membros superiores ou inferiores com trauma que pudéssemos associar à tortura, até porque os indivíduos faleceriam antes de poderem ser observadas evidências nos ossos. Não quer dizer que não possam existir indivíduos, mas apenas foram escavados 20,75m<sup>2</sup>, uma pequena parte da área total do “*Quintal da limpeza dos cárceres*”.

Quanto ao trauma observado na cabeça do fémur 1118-3, parece enquadrar-se no tipo II da subclassificação de Pikpin do tipo V de Thompson e Epstein (Mostofi, 2006) (figura 3.75.). Caracteriza-se como uma deslocação posterior da anca com fratura da cabeça do fémur superior à *fovea centralis*. Em abono da verdade, esta fratura poderá também integrar-se nas subclassificações III e IV do mesmo tipo V. No entanto, e como se trata de um fragmento da cabeça do fémur proveniente de ossário, não temos o resto do osso ou o íliaco para a sua caracterização mais completa. A fratura que aqui descrevemos não apresenta sinais de remodelação, pelo que terá acontecido muito perto da data da morte do indivíduo, podendo ser mesmo *peri mortem*.

Em termos clínicos, este tipo de fratura é descrita como bastante rara e a sua etiologia associada em grande parte a acidentes de viação (Zehi *et al.*, 1997; Rahmi *et al.*, 2001; Uzel *et al.*, 2010). Infelizmente a sua etiologia para épocas anteriores não é descrita na literatura, embora impactos violentos na zona da anca estejam sempre na sua base. No entanto, qualquer das torturas praticadas pela Inquisição de Évora não parecem estar na sua origem.



**Figura 3.75.** Subclassificação de Pikpin (adaptado de Mostofi, 2006:43) das fraturas da cabeça do fémur.

Quanto à etiologia do trauma nas costelas está associada à força extrema exercida no peito, sendo a atividade profissional, as quedas, a violência interpessoal ou outras doenças (osteomalacia ou osteoporose, por exemplo) as suas principais causas (Lovell 1997; Brickley, 2006). As fraturas de costelas podem causar várias complicações sérias e quanto maior o número de costelas partidas, maior a probabilidade do seu desenvolvimento (Lovell, 1997; Sirmalı *et al.*, 2003; Brickley, 2006). As fraturas aqui descritas estavam ou completamente remodeladas ou em remodelação.

Para termos uma ideia de como algumas das fraturas das costelas se poderão ter processado, Lovell (1997) refere-nos que se a força é aplicada à frente a fratura processar-se-á a meio da diáfise; se é aplicada por trás, a fratura será normalmente junto à extremidade vertebral; e junto à extremidade vertebral ou esternal se a força for aplicada de lado no indivíduo. Infelizmente, a maior parte das fraturas foram observadas em pequenos fragmentos onde é bastante difícil perceber em que parte da diáfise a fratura aconteceu.

### 3.5.6. Anomalias congénitas e de desenvolvimento

#### 3.5.6.1. Anomalias no sacro e no cóccix

O sacro que apresenta maiores problemas de desenvolvimento do arco neural é o do esqueleto 9 de um adulto maduro do sexo masculino, no 4º e 5º segmentos vertebrais

(figura 3.76.). Para além disso, encontra-se fundido com o cóccix, embora de forma assimétrica, uma vez que na face posterior a fusão apenas acontece do lado esquerdo. O sacro do esqueleto 10 de um adulto maduro do sexo feminino, apresenta defeito de desenvolvimento no 4º e 5º segmentos, para além de apresentar fusão com o cóccix (figura 3.77.). Também o esqueleto 5 de adulto maduro do mesmo sexo, apresenta *spina bifida* no 4º e 5º segmentos.

Barnes (2008) refere que os baixos níveis maternos de ácido fólico em período de formação do tubo neural num embrião geneticamente suscetível podem levar ao seu anormal desenvolvimento, do qual poderá resultar um defeito do tubo neural. Em amostras paleopatológicas este tipo de defeitos são comuns, sendo os indivíduos do sexo masculino mais propensos ao seu desenvolvimento (Barnes, 1994). Apesar disso, não foram identificados os casos mais graves de espinha bífida descritos por Barnes (1994), a fusão da L5 com o sacro ou os defeitos de desenvolvimento dos primeiros segmentos vertebrais que são relativamente usuais noutros estudos.

Quanto aos cocciges fundidos com o sacro (2/6, 33,3%), estudos clínicos mostram que a sua frequência aumenta com a idade e está com ela diretamente relacionada (Tague, 2011). Através da análise de 132 indivíduos do sexo feminino, Tague (2011) refere que a fusão sacro-*coccigea* provoca um diâmetro sagital posterior mais curto em relação àqueles sem fusão, o que, por sua vez, se ocorrer em conjunto com um arco subpúbico estreito, pode resultar em problemas obstétricos. Por outro lado, um cóccix que não se encontra fundido com o sacro apresenta problemas obstétricos quase nulos, uma vez que pode articular normalmente com o sacro (Grassi *et al.*, 2007; Tague, 2011).

#### 3.5.6.2. Anquiloses nas mãos e nos pés

No esqueleto 11 de um adulto do sexo feminino, foi identificada uma anquilose na parte superior da faceta articular entre cada um dos ossos trapezóides com os respetivos 2<sup>os</sup> metacarpos (figura 3.78.). Devido à ação da tafonomia as fusões partiram, sendo que a da mão direita chegou até nós com a colagem da fusão feita em laboratório.

A anquilose entre ossos do carpo e metacarpo não comum. Encontra-se descrita na literatura, por exemplo, em casos de OA extrema. Muller (1949) descreve a fusão trapézio-metacárpica devido à utilização contínua do 1º metacarpo em atividades repetitivas. A rizartrose do polegar e consequente fusão é, na literatura consultada, a

mais frequente entre os ossos do carpo e metacarpo (*e.g.*, Júnior *et al.*, 2011), embora possa também ter origem congénita (*e.g.*, Rushforth, 1949; Garn, 1976).

No entanto, a fusão, não de um, mas de ambos os trapezóides com os 2<sup>os</sup> metacarpos no esqueleto 11, leva-nos a pensar que terá uma base congénita, que se enquadraria no Grupo III de Miller (1922), da anquilose hereditária de dedos de ambas as mãos. E, neste particular, este tipo de fusão congénita é rara, mesmo em casos clínicos, pelo menos através da pesquisa bibliográfica realizada. São conhecidos mais casos de fusão congénita do trapezóide com o trapézio (*e.g.*, Jerome, 2008), embora seja também pouco usual, uma vez que a anquilose do trapézio é mais associada ao escafóide, por exemplo, em pessoas com “*Poland syndrome*” (Friedman *et al.*, 2009). É ainda importante referir que a esta fusão não está associada qualquer outra complicação nos ossos do carpo, metacarpo e falanges observáveis, pelo que, à partida, não lhe poderemos associar qualquer das deficiências congénitas dos pulsos e mãos referidas por Schmelzer-Schmied *et al.* (2011).

O segundo caso, proveniente de ossário (estrato [905] da sondagem 9), consiste em dois 1<sup>os</sup> metatarsos (905-8/9, um direito e um esquerdo), duas 1<sup>as</sup> falanges proximais (905-10/11, uma direita e uma esquerda) e duas 1<sup>as</sup> falanges distais (905-12/13, uma direita e uma esquerda). Quer as direitas, quer as esquerdas articulam e apresentam eburnação. Ainda no mesmo estrato foram recuperados um sesamóide, quatro falanges intermédias e seis falanges distais do pé e onde também está presente OA. Duas das falanges intermédias encontram-se fundidas com as distais (figura 3.79.) e, embora não possamos ter certezas, parecem ser de pés opostos e simétricas do 4<sup>o</sup> ou 5<sup>o</sup> dedo do pé. Aliás, todos os ossos descritos, quer pelo tamanho grande inusual, quer pela patologia degenerativa articular e anquilose que apresentam, parecem pertencer ao mesmo indivíduo, que aparenta ser bastante grande e robusto.

Mais uma vez coloca-se aqui a hipótese das fusões, a pertencerem ao mesmo indivíduo, serem de origem congénita, uma vez que parecem apresentar-se simétricas e bilaterais. Um possível diagnóstico será o de sinfalangismo, cuja sinartrose nos pés é mais comum nas falanges distais do 2<sup>o</sup> ao 5<sup>o</sup> dedo do pé, e a sua frequência decresce do 5<sup>o</sup> para o 2<sup>o</sup> (Nakashima *et al.*, 1995; Aufderheide e Rodríguez, 1998). No entanto, a recuperação destes ossos em ossário torna qualquer diagnóstico bastante inseguro.

### 3.5.7. Outras condições

#### 3.5.7.1. *Concha bolhosa*

No crânio 1125-18, como vimos atrás, é observável no respetivo maxilar um quisto periapical no 1º pré-molar direito, algum tártaro de grau 1 nos dentes e cáries nos 2ºs e 3ºs molares, no 1º pré-molar esquerdo e no 2º pré-molar direito. Para além disso, está presente um dente extra entre o incisivo lateral e o canino direitos (figuras 3.80. e 3.82.), sendo difícil distinguir se se trata de um dente supranumerário (condição normalmente referida na literatura como hiperdontia) ou da retenção de um dente decidual. Em alguns casos, é sabido que a hiperdontia causa má oclusão, erupção deficiente, perda dentária ou complicações císticas (Proff *et al.*, 2006). No caso em análise, o quisto periapical não parece ter qualquer tipo de associação com aquele dente. Para além disso, é impossível classificar o dente uma vez que é afetado por uma cárie grosseira grosseira que destruiu grande parte do esmalte e que expôs por completo os canais da raiz.

O crânio 1125-18 apresenta ainda aquilo que aparenta ser uma pneumatização ou hipertrofia da concha média nasal direita, isto é, uma projeção inferior na *bulla* do osso etmóide (figuras 3.80. e 3.81.). Esta pneumatização da concha média nasal tem uma largura máxima ântero-posterior de 20mm e médio-lateral de 10mm. A sua superfície de osso cortical apresenta algumas espículas e o septo nasal correspondente apresenta um marcado desvio para a esquerda.

Através dos paralelos observados noutros trabalhos (*e.g.*, Mays *et al.*, 2011), a concha bolhosa é o diagnóstico mais provável para esta lesão. No entanto, o diagnóstico diferencial de displasia fibrosa e neoplasia deve ser referido. A displasia fibrosa pode afetar as conchas nasais, mas o seu diagnóstico parece pouco provável uma vez que não é visível o osso fibroso característico desta condição (Mays *et al.*, 2011). Por outro lado, um tumor maligno parece também pouco provável, uma vez que a aparência macroscópica da hipertrofia do crânio 1125-18 sugere um crescimento lento, uma lesão quiescente, que não está de acordo com aquele diagnóstico (Mays *et al.*, 2011). Já uma neoplasia benigna pode efetivamente resultar numa hipertrofia generalizada do osso. As dúvidas levantadas pelo diagnóstico diferencial seriam em grande parte ultrapassadas com a utilização da tomografia axial computadorizada (TAC) no diagnóstico da lesão (Mays *et al.*, 2011; Cukurova *et al.*, 2012). A observação de um espaço vazio interno



(uma cavidade) na hipertrofia descrita estaria de acordo com o diagnóstico de concha bolhosa, enquanto a observação de uma hipertrofia com uma estrutura óssea interna estaria mais de acordo com o diagnóstico de um hemangioma (Akiayma *et al.*, 2011; Mays *et al.*, 2011) ou um fibroma ossificante (Choi *et al.*, 2000; Mays *et al.*, 2011).

Por outro lado, a etiologia da concha bolhosa é ainda pouco conhecida, mas fatores como o trauma durante o crescimento da cartilagem nasal e principalmente a genética são apontados como as principais causas para a sua presença (Mays, 2012), que deve ser entendida mais como uma variante anatômica do que o resultado de uma doença (Mays *et al.*, 2012). São poucos os casos conhecidos em paleopatologia de hipertrofia das conchas nasais e a confirmação do diagnóstico de concha bolhosa através da TAC é ainda mais rara (Mays *et al.*, 2011; 2012), embora vários estudos apontem para a sua frequência entre 9-56% em diferentes populações atuais (Hatipoğlu *et al.*, 2005; Kwiatkowska *et al.*, 2011; Mays *et al.*, 2012). Para além disso, embora pareça existir uma associação desta condição com outras complicações sino-nasais, o debate continua uma vez que não é ainda completamente compreendida (*e.g.*, Hatipoğlu *et al.*, 2005; Keleş *et al.*, 2010; Kwiatkowska *et al.*, 2011; Mays *et al.*, 2011; 2012). O desvio do septo nasal visível no crânio 1125-18 pode provocar a alteração do fluxo de ar na cavidade nasal, o que pode resultar num efeito seco localizado, inibindo a formação de muco e a depuração ciliar, que podem resultar em alterações inflamatórias, hemorragias nasais ou obstrução, que podem, por sua vez, resultar na infeção das conchas paranasais (Pittore *et al.*, 2011; Mays, 2012; Mays *et al.*, 2012). No caso do crânio 1125-18 não identificámos formações ósseas correspondentes a possíveis infeções na cavidade nasal. Em paleopatologia, Kwiatkowska *et al.* (2011) identificaram a presença de sinusite decorrente da concha bolhosa, embora Mays *et al.* (2012) não tenham encontrado evidências dessa associação numa amostra Medieval inglesa de 45 crânios. Mays *et al.* (2012) refere também que a presença de espículas na zona onde é registada a hipertrofia pode ser indicativa de infeção sino-nasal, apesar de este não ser um dado consensual em estudos paleopatológicos e muito menos comprovado em casos clínicos.

#### 3.5.7.2. Outros casos

Foram registadas outras patologias, condições ou simplesmente observações que fogem à “normalidade” e que podem indiciar algo. Em alguns ossos, por exemplo, foram registadas densidades ósseas anormais, enumeradas na tabela 3.21.

**Tabela 3.21.** Ossos que apresentam densidades anormais.

Sondagem	Esqueleto	Ossos	Lado	Sexo	Descrição
11	4	Úmero	D	F	Pouco denso, muito leve
Sondagem	Ossos	Ossos	Lado	Sexo	Descrição
9	902A-1	Fémur	E	I	Pouco denso, muito leve
9	902A-2	Fémur	E	I	Muito denso, muito pesado
9	902A-3	Fémur	E	M	Muito denso, muito pesado
9	902A-25	Úmero	D	I	Pouco denso, muito leve
11	1124-14	Astrágalo	D	F	Pouco denso, muito leve
11	1124-15	Astrágalo	E	F	Pouco denso, muito leve

M=Masculino; F=Feminino; I=Indeterminado; D=Direito; E=Esquerdo.

A monitorização clínica atual da densidade óssea é muito importante na antecipação do risco de fratura, por exemplo, no contexto das fraturas osteoporóticas (Genant e Jiang, 2006; Arabi *et al.*, 2007; Curate, 2010). Nos casos que registámos, os ossos pouco densos não estão associados a fraturas, assim como os restantes ossos do esqueleto 4.

Foram também registados dois indivíduos com a ossificação da cartilagem costal das costelas. O esqueleto 3 de um adulto idoso do sexo feminino, para além da fratura descrita no capítulo 3.5.5., apresenta aquelas ossificações em pelo menos 4 costelas esquerdas (10<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup> e uma indeterminada), com uma superfície irregular e rugosa. Também os processos articulares vertebrais das costelas 6, 7, 8, 9 e 10 encontram-se muito alterados, assim como a sua zona inferior próxima da cabeça nas extremidades vertebrais, que se encontram com alterações sob a forma de crescimentos ósseos. Do lado direito é também visível calcificação nas extremidades costais, pelo menos nas costelas 2, 5, 6, 7, 8, 9 e 10, assim como crescimentos ósseos junto à cabeça das costelas, idênticos aos observados do lado esquerdo. Quanto ao esqueleto 10 de um adulto maduro do sexo feminino, apenas são visíveis alguns fragmentos das costelas esquerdas e uma costela direita. No lado esquerdo são observáveis 13 fragmentos com calcificações nas cartilagens costais, tal como no esqueleto 3, mas bastante mais desenvolvidas. A costela do lado direito aparenta ser flutuante e não apresenta calcificação.

As calcificações das extremidades costais das costelas são normalmente associadas à idade e ao dimorfismo sexual (Navani, 1970; Rejtarová *et al.* 2004; 2009). Rejtarová *et al.* (2009), através da análise de 1044 radiografias de caucasianos, afirmam que algum tipo de ossificação nas extremidades costais foi identificada em 51% (528/1004) dos casos, aumentando a sua frequência com a idade, principalmente a partir dos 30 anos. Para além disso, conseguiram observar diferentes padrões de ossificação das cartilagens

entre sexos: no masculino são principalmente caracterizadas como ossificações periféricas, com um padrão de ossificação que contorna a margem superior e inferior da cartilagem; no feminino como ossificações linguais centrais, onde é observado um “pico” no sentido do esterno (Rejtarová *et al.*, 2009). Esta caracterização está de acordo com os diagnósticos para a diagnose sexual dos esqueletos 3 e 10 (capítulo 3.3.2.).

No esqueleto 1/6 foi ainda registada a fusão articular entre o manúbrio e a clavícula esquerda, cuja etiologia é difícil de perceber. A anquilose esternoclavicular pode estar associada à espondilite anquilosante (Yood e Goldenberg, 1980), embora as vértebras do indivíduo em questão não apontem nesse sentido. Esta fusão é normalmente acompanhada de perda funcional dos movimentos normais do braço (Yood e Goldenberg, 1980), neste caso o esquerdo.

Finalmente, foi ainda observada osteocondrite dissecante no osso 1117-13, uma 1ª falange proximal do pé esquerdo.

#### 3.5.8. A doença e a morte nos cárceres da Inquisição de Évora

Segundo os dados de Coelho (2002), entre os anos de 1568 e 1634 foram presas nos cárceres da Inquisição de Évora 3866 pessoas, 1908 do sexo masculino e 1958 do sexo feminino. Se tivermos em conta os mortos nos cárceres para estas mesmas datas, concluímos que 2,3% (87/3866) dos indivíduos faleceram enquanto estavam presos, 2,5% (48/1958) entre o sexo feminino e 2% (39/1908) do sexo masculino. No entanto, os fatores que contribuíram para a doença e/ou morte no cárcere são difíceis de quantificar. Em primeiro lugar, desconhecemos a influência das más condições de vida no cárcere que descrevemos no capítulo 1.5.1., principalmente porque, como temos visto ao longo deste trabalho, alguns dos encarcerados já se encontravam doentes aquando da prisão. Depois, o tempo de prisão pode ter uma influência bastante relativa. De entre os 87 falecidos nos cárceres de Évora entre 1568 e 1634, o tempo de prisão varia entre os alguns dias e sete anos. João Dias esteve preso cinco dias. Foi preso a 20 de outubro de 1579 e morreu no dia 25 do mesmo mês. No outro extremo temos Mestre Manuel “O Vilas Boas”, preso a 12 de outubro de 1565 e falecido a 12 de julho de 1572. Qualquer que seja o tempo de prisão (e embora possamos subentender que quanto maior for o tempo de prisão, maior a probabilidade de morte), nada nos garante que um indivíduo preso 5, 6 ou 7 anos não possa morrer de uma doença prolongada não adquirida naquele local. Finalmente, a causa de morte na maior parte dos processos que

consultámos é descrita como “*morte natural*”, utilizada em oposição ao “*suicídio*” ou ao homicídio (este último nunca foi evocado nos processos consultados). Se o diagnóstico de “*morte natural*” não ajuda na identificação da causa de morte, o de suicídio dá-nos pistas bastante mais precisas. Os sumários dos processos individuais consultados, assim como os próprios processos, referem pelo menos 8 indivíduos que se suicidaram nos cárceres da Inquisição de Évora, 5 dentro dos limites cronológicos 1568-1634 (tabela 3.22.).

**Tabela 3.22.** Indivíduos que se suicidaram nos cárceres da Inquisição de Évora.

Nome	Idade	Acusação	Prisão	Morte	Forma
Estevão Álvares	-	Judaísmo, heresia, apostasia	1562/08/07	1562/08/13	Matou-se
Lourenço Nunes	Cerca de 50 anos	Judaísmo, heresia, apostasia	-	1572/04/10	Suicidou-se
João Gomes	-	Judaísmo, heresia, apostasia	1585/03/27	1585/12/08	Enforcou-se
Catarina Lopes	-	Judaísmo	1587/01/22	1587/03/19	Enforcou-se
João Gonçalves	-	Judaísmo, heresia, apostasia	1615/06/13	1615/06/22	Golpeou a garganta
Manuel Álvares	Cerca de 50 anos	Judaísmo, heresia, apostasia	1615/06/13	1615/07/18	Enforcou-se
Elias de Andrade	Cerca de 30 anos	Fazer-se passar por membro da Inquisição	1727/06/23	-	Suicidou-se
Mestre Roque	Cerca de 72 anos	Judaísmo, heresia, blasfémia	-	-	Suicidou-se

A título de exemplo temos o caso de Manuel Alvares, com cerca de 50 anos, falecido a 18 de julho de 1615. No seu “*Auto de Morte*” Pero Lourenço, Alcaide dos cárceres, diz que Manuel Alvares “...*estava enforcado em a grade do dito carcere da banda de dentro, por huãs tiras de pano... atadas huãs nas outras, com huã laçada atada na ditta grade e outra arrediça no pescoço, e estava como de cocaras com a cabeça arrimada â grade...*” (ANTT, proc. 8816). Infelizmente, e como é fácil de compreender, é impossível percebermos através dos ossos se a causa de morte de algum dos indivíduos foi a de suicídio.

Para além disso, os diagnósticos de dois indivíduos descartados no “*Quintal da limpeza dos cárceres*” deixam antever a possibilidade de terem falecido devido a doença infecciosa. Pero Correa, guarda dos cárceres, refere que Isabel Mendes (ANTT, proc. 7511) faleceu “...*de doença de tísica...*” a 10 de março de 1599, diagnóstico aliás confirmado por outros depoimentos. Morreu nos cárceres de Évora e foi descartada no referido quintal. No caso de Vasco da Gama (ANTT, proc. 2566), falecido nos cárceres de Évora a 8 de abril de 1621 e descartado no dito quintal, o diagnóstico é mais

complicado. Pero Lourenço, alcaide dos cárceres, diz que “...quando logo veyo pera estes carceres entrou nelles já muito doente e nunca mais se ergueu de sua cama... antes foi piorando ate que...morreo de sua morte natural de sua doença... de lepra com que já veyo para os carceres”. Gregório Lopes, guarda dos cárceres, confirma este depoimento mas acrescenta que “...estava quasi todo cheo de lepra e parecia tísico...”. Domingos Machado, outro dos guardas, refere, por sua vez, como causa de morte “...não mais que a ditta lepra e nos quadris algumas chagas...”. Das 10 testemunhas ouvidas neste caso, a audiência do médico da Inquisição é a única das que apontam algum tipo de diagnóstico que não refere a lepra como causa de morte, mas antes as febres que o acometiam.

Para outras causas de morte é difícil estabelecer diagnósticos. Domingo Pereira, guarda dos cárceres, diz que Joana da Costa, falecida a 8 de julho de 1601 e descartada no quintal, “...avia dias que estava doente de doença ordinaria de febres de que falleceo...”. Brites Alvarez, sua companheira de cela, diz que aquela presa “...falleceo de doença de barriga...” (ANTT, proc. 3947). Gabriel Fernandes, falecido nos cárceres de Évora a 20 de setembro de 1597, foi também descartado no “*Quintal da limpeza dos cárceres*”. No seu “*Auto de falecimento*” é referido que “...fallecera de sua morte natural causada de huã doença de camaras de q estava doente...” (ANTT, proc. 8793). Infelizmente não nos foi possível perceber com maior especificidade este diagnóstico ou que tipo de afetação poderia ter nos ossos, nem sequer através da consulta das Curas Medicinais de Amato Lusitano (Lusitano, 2010).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é o primeiro estudo antropológico conhecido realizado com restos osteológicos humanos de indivíduos que viveram e morreram nos cárceres de uma Inquisição, embora tenham sido escavados apenas 20,75m<sup>2</sup> do “*Quintal da limpeza dos cárceres*”, uma pequena parte de toda a sua área. Neste contexto, não só seria bastante difícil a exumação de não-adultos, como também o número total de indivíduos descartados no quintal seria sempre baixo se compararmos com uma população natural exumada no adro de uma qualquer igreja portuguesa.

A investigação histórica desenvolvida permitiu identificar 87 prisioneiros falecidos nos cárceres de Évora e que, potencialmente, poderão ter sido descartados naquele quintal, sendo que 11 desses prisioneiros foram-no efetivamente. A análise dos restos osteológicos humanos permitiu identificar o número mínimo de 16 indivíduos, entre esqueletos e ossários, 12 deles em articulação. Destes, 9 são do sexo feminino e 3 do sexo masculino, enquanto nos ossários foram observadas mais 7 peças ósseas masculinas e 10 femininas. Estes dados estão de acordo com os processos consultados, onde foi identificado um maior número de indivíduos do sexo feminino. Dos esqueletos recuperados, 7 foram enquadrados na faixa etária de adulto maduro, 2 na de adulto idoso e 3 com idade à morte indeterminada. Três coxais recuperados nos ossários foram classificados como pertencentes a adultos idosos. Estas idades estão genericamente de acordo com as informações dos processos, onde o indivíduo mais novo teria 19/20 anos e os mais velhos 80, sendo a idade média de 53,97 anos (n=42).

O Índice de Preservação Anatômica (IPA) e o Índice de Qualidade Óssea (IQO) dos esqueletos encontram-se abaixo dos 50%, enquanto o Índice de Representatividade Óssea (IRO) mostra que 63,1% das partes anatómicas estão representadas. Apesar de uma representatividade bastante aceitável, a preservação e qualidade desses mesmos ossos não é satisfatória, o que terá prejudicado, em certa medida, o seu estudo. A Antropologia Funerária e a pesquisa bibliográfica permitiram compreender que os esqueletos recuperados no “*Quintal da limpeza dos cárceres*” foram descartados pois foram encontrados num contexto de lixeira, com orientações e posições diversas e sem qualquer evidência de ritualização funerária.

A estimativa das estaturas médias através do comprimento do úmero permitiu observar valores médios de 1554,43±77,0 para o sexo feminino (N=2) e de 1715,90±84,4 para o

masculino (N=3). Os caracteres discretos não métricos mais observados foram o *foramen* parietal (6/10, 60%), o *tuberculum dentale* (3/3, 100%) e a fossa hipotrocanteriana (14/20, 70%).

Quanto à patologia oral, as mandíbulas apresentam valores superiores de perda dentária e cáries (68/156, 43,6% e 18/37, 48,6%) em relação aos maxilares (28/97, 28,9% e 12/30, 40%). O desgaste dentário mais frequente enquadra-se nos graus 2 (17/58, 29,3%), 3 (13/58, 22,4%) e 5 (12/58, 20,7%) nos maxilares e nos graus 3 (19/68, 27,9%), 6 (17/68, 25%) e 2 (11/68, 16,8%) nas mandíbulas. No esqueleto 2 foram ainda identificadas alterações dentárias de origem extramastigatória para as quais não encontramos paralelos, mas cuja origem mais provável será a atividade profissional. Nos esqueletos 2, 5 e 8 foi ainda identificado um padrão de desgaste bastante atípico, possivelmente associado a erosão dentária e que pode ser resultado das más condições vividas nos cárceres da Inquisição de Évora. Os dentes com grau 1 de tártaro foram mais vezes observados, quer nos maxilares (34/59, 57,6%), quer nas mandíbulas (31/70, 44,3%), enquanto a periodontite é mais frequente nos maxilares (9/128, 7%) que nos mandibulares (9/160, 5,6%). Foram ainda identificadas hipoplasias do esmalte dentário na dentição dos esqueletos 2, 3, 8 e 13, para além de 8 lesões periapicais exclusivamente nos maxilares (7/9, 77,8%).

Na patologia degenerativa articular foram observadas frequências mais elevadas de OA nas superfícies articulares do ombro (21/45, 46,7%), cotovelo (20/47, 42,6%) e joelho (14/35, 40%) e as alterações de entese um pouco por todos os complexos funcionais observados, resultados que estarão provavelmente associados à idade avançada ou à atividade profissional destes indivíduos.

Foram identificados nódulos de Schmorl nas vértebras dos esqueletos 2, 3 e 7, assim como nas vértebras lombares 902-61 e 902-64. Foi ainda realizado o diagnóstico diferencial de várias formações de osso com possível etiologia infecciosa e registada patologia traumática mais frequente nas costelas, assim como defeitos de desenvolvimento ao nível do sacro e do cóccix. Foram ainda discutidos dois casos de patologia congénita nas mãos e nos pés, assim como um caso de possível concha bolhosa. Tentámos finalmente enquadrar alguns dos casos patológicos descritos nos processos dos falecidos nos cárceres entre 1568 e 1634 no contexto da amostra estudada.

O contexto, enquadramento e informação que conseguimos a partir dos 20,75m<sup>2</sup> escavados, mostram-nos que, futuramente, a escavação completa do “*Quintal da limpeza dos cárceres*” permitiria a melhor compreensão de vários aspetos que ficaram em aberto com o estudo destes restos osteológicos humanos, ao que sabemos, únicos no mundo por onde a Inquisição exerceu algum tipo de poder. Por um lado, e uma vez que estamos a falar de um espaço tão confinado, tornaria possível conhecer o número total de indivíduos ali descartado. Por outro, seria também importante compreendermos se algumas das construções da chamada “Inquisição Nova” seguiram os limites do “*Quintal da limpeza dos cárceres*”, não o afetando, ou se, pelo contrário, as novas construção de alguma forma avançaram em direção àquele espaço, afetando irremediavelmente alguns dos esqueletos ali descartados. Finalmente, a escavação integral do quintal poderia permitir a análise de dados paleobiológicos estatisticamente significativos de um local com um contexto tão interessante e peculiar como é o da ação desenvolvida pela Inquisição portuguesa.





## 5. REFERÊNCIAS

### 5.1. Bibliográficas

- Akiyama, K.; Karaki, M.; Osaki, Y.; Takeda, J.; Mori, N. 2011. Intraosseous cavernous hemangioma of the middle turbinate. *Auris Nasus Larynx*, 38: 516-518.
- Alt, K. W.; Pichler S. L. 1998. Artificial modifications of human teeth. In: Alt, K. W; Rösing, F. W.; Teschler-Nicola, M. (eds.) *Dental anthropology: fundamentals, limits, and prospects*. Wien, Springer-Verlag: 387-415.
- ANTT, proc. 3649. Arquivo Nacional Torre do Tombo. [S. d.]. *Processo de Diogo Castanho*. Tribunal do Santo Ofício, Inquisição de Évora, processo 3649. PT/TT/TSO-IE/021/03649. [Online]. [Acedido a 04-07-2012]. Disponível em: <http://digitarq.dgarq.gov.pt/details?id=2365591>.
- ANTT, proc. 528. Arquivo Nacional Torre do Tombo. [S. d.]. *Processo de Gaspar Francisco Ribeiro*. Tribunal do Santo Ofício, Inquisição de Évora, processo 528. PT/TT/TSO-IE/021/528. [Online]. [Acedido a 22-06-2012]. Disponível em: <http://digitarq.dgarq.gov.pt/details?id=2362541>.
- ANTT, proc. 8509. Arquivo Nacional Torre do Tombo. [S. d.]. *Processo de João Gomes*. Tribunal do Santo Ofício, Inquisição de Évora, processo 8509. PT/TT/TSO-IE/021/8509. [Online]. [Acedido a 02-06-2012]. Disponível em: <http://digitarq.dgarq.gov.pt/details?id=2370556>.
- Arabi, A.; Baddoura, R.; Awada, H.; Khoury, N.; Haddad, S.; Ayoub, G.; Fuleihan, G. E.-H. 2007. Discriminative ability of dual-energy x-ray absorptiometry site selection in identifying patients with osteoporotic fractures. *Bone*, 40: 1060-1065.
- Aufderheide, A. C; Rodríguez-Martín, C. 1998. *The Cambridge encyclopedia of human paleopathology*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Baião, A. 1921. *A Inquisição em Portugal e no Brasil: subsidios para a sua historia (a Inquisição no seculo XVI)*. Lisboa, Arquivo Historico Portugues.
- Baião, A. 1953. *Episódios dramáticos da Inquisição Portuguesa: homens de letras e de ciência por ela condenados*. Volume II. Lisboa, Seara Nova.
- Balci, Y.; Yavuz, M. F.; Cağdir, S. 2005. Predictive accuracy of sexing the mandible by ramus flexure. *HOMO – Journal of Comparative Human Biology*, 55: 229-237.
- Barker, D. 2005. Tooth wear as a result of pica. *British Dental Journal*, 199(5): 271-273.
- Barnes, E. 1994. *Developmental defects of the axial skeleton in paleopathology*. Colorado, University Press of Colorado.
- Barnes, E. 2008. Congenital anomalies. In: Pinhas, R.;Mays, S. (eds.) *Advances in human palaeopathology*. Chichester, John Wiley & Sons Ltd: 331-362.

- Baud, C-A.; Kramar, C. 1990. Les calcifications biologiques en archéologie. *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, 2(3-4): 163-169.
- Bedford, M. E.; Russell, K. F.; Lovejoy, C. O. 1989. *The auricular surface aging technique*. Poster presented at the 58th annual meeting of the American Association of Physical Anthropologists. San Diego, CA.
- Bell, E. J.; Kaidonis, J.; Townsend, G.; Richards, L. 1998. Comparison of exposed dentinal surfaces resulting from abrasion and erosion. *Australian Dental Journal*, 43(5): 362-366.
- 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.
- Benisse, V. I. F. 2005. *Retrato da Lisboa moderna: estudo paleobiológico de uma amostra da população exumada do Convento do Carmo (séc. XVI-XVIII)*. Dissertação de Mestrado em Evolução Humana, Departamento de Antropologia.
- Bethencourt, F. 1996. *História das Inquisições: Portugal, Espanha e Itália*. Lisboa, Círculo de Leitores.
- Bethencourt, F. 2000. A Inquisição. In: Azevedo, C. M. (ed.) *História religiosa de Portugal: humanismos e reformas*. Volume 2. Rio de Mouro, Círculo de Leitores: 95-134.
- Braga, I. M. R. M. D. 1997. Nascer nos cárceres do Santo Ofício. *Arquipélago. História*, 2(2): 435-447.
- Brickley, M. 2006. Rib fractures in the archaeological record: a useful source of sociocultural information? *International Journal of Osteoarchaeology*, 16: 61-75.
- 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(3): 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.
- Buikstra, J.; Ubelaker, D. 1994. *Standards for data collection from human skeletal remains*. Fayetteville, Arkansas Archaeological Survey Research Series, No. 44.
- Caetano, J. O.; Carvalho, J. A. S. 2003. *As Casas Pintadas: relatório de pesquisa*. Évora. [Relatório policopiado].
- Cardoso, H. F. V. 2000. *Dimorfismo sexual na estatura, dimensões e proporções dos ossos longos dos membros: o caso de uma amostra Portuguesa dos séculos XIX-XX*. Dissertação de Mestrado em Evolução Humana, Departamento de Antropologia.
- Castilho, J. de 1893. *A Ribeira de Lisboa: descrição histórica da margem do Tejo desde Madre-de-Deus até Santos-o-Velho*. Lisboa, Imprensa Nacional.
- Choi, Y.-C.; Jeon, E.-J.; Park, Y.-S. 2000. Ossifying fibroma arising in the right ethmoid sinus and nasal cavity. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 54: 159-162.

- Cholewicki, J.; McGill, S. M. 1996. Mechanical stability of the in vivo lumbar spine: implications for injury and chronic low back pain. *Clinical Biomechanics*, 11(1): 1-15.
- Codes, A. I. L.-S. 2009. O Santo Ofício no tempo dos Filipes: transformações institucionais e relações de poder. *Revista de História da Sociedade e da Cultura*, 9: 147-161.
- Coelho, A. B. 2002. *Inquisição de Évora: 1533-1668*. Lisboa, Editorial Caminho.
- 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.
- Costa, C.; Fernandes, T. 2008. *Relatório antropológico de campo: Casas Pintadas – Palácio da Inquisição*. Évora, Laboratório de Antropologia Biológica da Universidade de Évora. [Relatório policopiado].
- Couto, M. do 1634. *Livro das plantas e mōteas de todas as fábricas das inquisições deste Reino e Índia, ordenado por mandado do Illustrissimo e Reverendíssimo Senhor Dom Francisco de Castro Bispo Inquisidor Geral e do Conselho de Estado de Sua Majestade. Anno Domini 1634*. [Manuscrito]. [Online]. Direcção-Geral de Arquivos / Torre do Tombo. [Acedido em 30-09-2011]. Disponível em: [http://ttonline.dgarq.gov.pt/dserve.exe?dsqServer=calm6&dsqIni=Dserve.ini&dsqApp=Archive&dsqCmd=show.tcl&dsqDb=Catalog&dsqPos=0&dsqSearch=\(\(\(text\)='matheus'\)AND\(\(text\)='do'\)AND\(\(text\)='couto'\)\)](http://ttonline.dgarq.gov.pt/dserve.exe?dsqServer=calm6&dsqIni=Dserve.ini&dsqApp=Archive&dsqCmd=show.tcl&dsqDb=Catalog&dsqPos=0&dsqSearch=(((text)='matheus')AND((text)='do')AND((text)='couto'))).
- Cruwys, E. 1989. Tooth wear and the archaeologist: the role of human tooth wear in archaeological research. In: Roberts C. A.; Lee, F.; Bintliff, J. (eds.) *Burial archaeology current research, methods and developments*. Oxford, Bar series, 211: 151-166.
- Cruwys, E.; Duhig, C. 1993. A possible case of dental erosion in a skull from the French Congo (people's Republic of the Congo). *Journal of Paleopathology*, 5(1): 47-52.
- Cruwys, E.; Robb, N. D.; Smith, B. G. N. 1992. Anterior tooth notches: an Anglo-Saxon case study. *Journal of Paleopathology*, 4(3): 211-220.
- Cukurova, I.; Yaz, A.; Gumussoy, M.; Yigitbasi, O. G.; Karaman, Y. 2012. A patient presenting with concha bullosa in another concha bullosa: a case report. *Journal of Medical Case Reports* [Online], 6: 87. DOI: 10.1186/1752-1947-6-87.
- 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: 1-9.
- Cunha, E.; Umbelino, C. 1995. What can bones tell about labour and occupation: the analysis of skeletal markers of occupational stress on the identified skeletal collection of the Anthropological Museum of the University of Coimbra (preliminary results). *Antropologia Portuguesa*, 13: 49-68.

- Curate, J. F. T. 2010. *O perímetro do declínio: osteoporose e fracturas de fragilidade em três amostras osteológicas identificadas portuguesas: séculos XIX & XX*. Dissertação de Doutoramento em Antropologia Biológica, Departamento de Antropologia.
- Curto, A. Q. 2011. *Por Terras Templárias: estudo paleobiológico de uma amostra osteológica humana inumada em Santa Maria dos Olivais, Tomar*. Dissertação de Mestrado em Evolução e Biologia Humana, Departamento de Ciências da Vida.
- Dar, G.; Masharawi, Y.; Peleg, S.; Steinberg, N.; May, H.; Medlej, B.; Peled, N.; Hershkovitz, I. 2010. Schmorl's nodes distribution in the human spine and its possible etiology. *European Spine Journal*, 19: 670-675.
- DiGangi, E. A.; Bethard, J. D.; Kimmerle, E. H.; Konigsberg, L. W. 2009. A new method for estimating age-at-death from the first rib. *American Journal of Physical Anthropology*, 138: 164-176.
- Dirkmaat, D. C.; Cabo, L. L.; Ousley, S. D.; Symes, S. A. 2008. New perspectives in forensic Anthropology. *Yearbook of Physical Anthropology*, 51: 33-52.
- Dordio, P.; Teixeira, R.; Sá, A. 2001. Faianças do Porto e Gaia: o recente contributo da arqueologia. In: Museu Nacional de Soares dos Reis (org. e coord.) *Itinerário da Faiança do Porto e Gaia*. Lisboa, Copyright IPM.
- Duday, H. 2006. L'archeothanatologie ou l'archeologie de la mort (archaeoethnology of the archaeology of death). In: Gowland, R.; Knussel, C. (eds.) *Social archaeology of funerary remains*. Oxford, Oxford Books: 30-56.
- Duday, H. 2009. *The archaeology of the dead: lectures in archaeothanatology*. Oxford, Oxbow Books.
- Duday, H.; Courtaud, P.; Crubézy, E.; Sellier, P.; Tillier, A.-M. 1990. L'anthropologie "de terrain": reconnaissance et interprétation des gestes funéraires. *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, 2(3-4): 29-49.
- Dupont, A. 1850. *Vue d'un temple romain dans la ville d'Evora en Portugal*. [Online]. Biblioteca Nacional Digital. [Acedido em 10-09-2012]. Disponível em: <http://purl.pt/1241/1/>.
- Faccia, K. J.; Williams, R. C. 2008. Schmorl's nodes: clinical significance and implications for the bioarchaeological record. *International Journal of Osteoarchaeology*, 18: 28-44.
- Faria, F.; Fernandes, T. 2007. *Fundação Eugénio de Almeida - Jardim das Casas Pintadas: relatório antropológico de campo*. Évora, Laboratório de Antropologia Biológica da Universidade de Évora. [Relatório policopiado].
- Ferembach, D.; Schwidetzky, I.; Stloukal, M. 1980. Recommendations for age and sex diagnoses of skeletons. *Journal of Human Evolution*, 9(7): 517-549.
- Ferreira, A. R. M. 2005/2006. *Arqueozootologia num contexto prisional: métodos e técnicas de trabalho do osso utilizados na prisão do Aljube – Lisboa na segunda metade do século*

- XVI. Master Erasmus Mundus em Quaternário e Pré-história, Instituto Politécnico de Tomar, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Filipe, I.; Simão, I.; Godinho, R.; Brazuna, S. 2010. Trabalhos arqueológicos realizados no Parque da Cidade: novos contributos para a história de Lagos em Época Moderna. *Apontamentos de Arqueologia e Património*, 5: 57-62.
- Finnegan, M. 1978. Non-metric variation of the infracranial skeleton. *Journal of Anatomy*, 125(1): 23-37.
- Frade, H.; Caetano, J. C. 1994. O pátio da Inquisição (Coimbra): notas histórico-arqueológicas. *Bracara Augusta, Revista Cultural da Câmara Municipal de Braga*, 45(97): 319-347.
- Friedman, T.; Reed, M.; Elliot, A. M. 2009. The carpal bones in Poland syndrome. *Skeletal Radiology*, 38: 585-591.
- Garcia, A. C. Q. 2005. Las cárceles inquisitoriales del Tribunal de Córdoba. *Hispania, Revista Española de Historia*, 65(220): 443-464.
- Garcia, M. S. de J. 2007. *Maleitas do corpo em tempos medievais: indicadores paleodemográficos, de stresse e paleopatológicos numa série osteológica urbana de Leiria*. Dissertação de Doutoramento em Antropologia, Departamento de Antropologia.
- Garcia, S. 2005/2006. Conservação diferencial dos esqueletos humanos da série medieval de S. Martinho (Leiria): implicações para a paleodemografia e para a paleopatologia. *Antropologia Portuguesa*, 22/23: 273-294.
- Garn, S. M.; Burdi A. R.; Babler, W. J. 1976. Prenatal origins of carpal fusions. *American Journal of Physical Anthropology*, 45: 203-208.
- Genant, H. K.; Jiang, Y. 2006. Advanced imaging assesment of bone quality. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1068: 410-428.
- Gervásio, A. S. 2011. *Trabalhos arqueológicos na ala central do pátio de Inquisição: relatório preliminar*. Coimbra, Gabinete de arqueologia, arte e história. [Relatório policopiado].
- Gervásio, A. S. 2012. *Trabalhos preliminares da ala central do pátio de Inquisição: Coimbra*. Câmara Municipal de Coimbra, Gabinete para o Centro Histórico. [Relatório policopiado].
- Godinho, R. M. 2008. *Vestígios de um império passado: a necrópole do Colégio de Santo Antão-o-Novo e a Lisboa dos séculos XVI-XVIII*. Dissertação de Mestrado em Evolução Humana, Departamento de Antropologia.
- Gonçalves, M. J.; Santos, A. L. 2005. Novos testemunhos do sistema defensivo Islâmico de Silves e os restos osteológicos humanos encontrados junto à muralha de um arrabalde: notícia preliminar. *Xelb*, 5: 177-200.
- Gorsky, M.; Bukai, A.; Shohat, M. 1998. Genetic influence on the prevalence of torus palatinus. *American Journal of Medical Genetics*, 75: 138-140.

- Gorsky, M.; Raviv, M.; Kfirt, E.; Moskona, D. 1996. Prevalence of torus palatinus in a population of young and adult Israelis. *Archives of Oral Biology*, 41(6): 623-625.
- Graça, V. F. C. 2010. *Scallabis no alvorecer da modernidade: análise paleobiológica de uma amostra osteológica humana exumada no Largo Cândido dos Reis (Santarém)*. Dissertação de Mestrado em Evolução e Biologia Humanas, Departamento de Ciências da Vida.
- Grassi, R.; Lombardi, G.; Reginelli, A.; Capasso, F.; Romano, F.; Floriani, I., Colacurci, N. 2007. Coccygeal movement: assessment with dynamic MRI. *European Journal of Radiology*, 61: 473-479.
- Greene, T. R.; Kuba, C. L.; Irish, J. D. 2005. Quantifying calculus: a suggested new approach for recording an important indicator of diet and dental health. *HOMO – Journal of Comparative Human Biology*, 56: 119-132.
- Griffin, R. C.; Donlon, D. 2009. Patterns in dental enamel hypoplasia by sex and age at death in two archaeological populations. *Archives of Oral Biology*, 54S: S93-S100.
- Gunderson, C. G.; Martinello, R. A. 2012. A systematic review of bacteremias in cellulitis and erysipelas. *Journal of Infection*, 64: 148-155.
- Harris, E. C. 1991. *Princípios de Estratigrafia Arqueológica*. Barcelona, Editorial Crítica.
- Hatipoğlu, H. G.; Çetin, M. A.; Yüksel, E. 2005. Concha bullosa types: their relationship with sinusitis, ostiomeatal and frontal recess disease. *Diagnostic and Interventional Radiology*, 11: 145-149.
- Hauser, V. G.; De Stefano, R. G. F. 1989. *Epigenetic variants of the human skull*. Stuttgart, E. Schweizerbart'sche Verlagsbuchhandlung.
- Hillson, S. 2001. Recording dental caries in archaeological human remains. *International Journal of Osteoarchaeology*, 11: 249-289.
- Hillson, S. 2005. *Teeth*. Cambridge Manuals in Archaeology. Cambridge, Cambridge University Press.
- Horner, J. L. 1949. Premature calcification of the costal cartilages: its frequent association with symptoms of non-organic origin. *The American Journal of the Medical Sciences*, 218(2): 186-193.
- Hull, H. F.; Montes, J. M.; Mann, J. M. 1986. Plague masquerading as gastrointestinal illness. *Western Journal of Medicine*, 145(4): 485-487.
- Innes, B. 2001. *Tortura: na política e na religião da Antiguidade aos nossos dias*. Mem Martins, Editorial Inquérito.
- Iscan, M. Y.; Loth, S. R. 1993. *Casts of age phases from the sternal end of the rib for white males and females*. Bellvue (CO), France Casting.
- Jerome, J. T. J. 2008. Congenital fusion of the trapezium and trapezoid. *Romanian Journal of Morphology and Embryology*, 49(3): 417-419.

- Junior, W. G. P.; Chaim, R. M.; Carvalho, H. B. F. de; Albertoni, W. M.; Faloppa, F.; Santos, J. B. G. 2011. Artroplastia de excisão do trapézio e interposição tendinosa na rizartrose: estudo retrospectivo. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 46(1): 75-82.
- Jurmain, R.; Roberts, C. 2008. Juggling the evidence: the purported “acrobat” from Tell Brak. *Antiquity*, 82(318). [Acedido em 06-12-2012]. Disponível em: <http://www.antiquity.ac.uk/projgall/jurmain/index.html>.
- Keleş, B.; Öztürk, K.; Ünalı, D.; Arbağ, H.; Özer, B. 2010. Is there any relationship between nasal septal deviation and concha bullosa? *European Journal of General Medicine*, 7(4): 359-364.
- Kemkes-Grottenthaler, A.; Löbig, F.; Stock, F. 2002. Mandibular ramus flexure and gonial eversion as morphologic indicators of sex. *HOMO – Journal of Comparative Human Biology*, 53(2): 97-111.
- Kerr, N. W. 1988a. A method of assessing periodontal status in archaeologically derived skeletal material. *Journal of Paleopathology*, 2(2): 67-78.
- Kerr, N. W. 1988b. The periodontal status of a Scottish-Mediaeval cohort. *Journal of Paleopathology*, 2(3): 119-128.
- Kieser, J. A.; Dennison, K. J.; Kaidonis, J. A.; Huang, D.; Herbison, P. G. P.; Tayles, N. G. 2001. Patterns of dental wear in the Early Maori dentition. *International Journal of Osteoarchaeology*, 11: 206-217.
- Klaus, H. D.; Larsen, C. S.; Tarn, M. E. 2009. Economic intensification and degenerative joint disease: life and labor on the postcontact north coast of Peru. *American Journal of Physical Anthropology*, 139: 204-221.
- Konigsberg, L. W.; Frankenberg, S. R. 2002. Deconstructing death in paleodemography. *American Journal of Physical Anthropology*, 117: 297-309.
- Kwiatkowska, B.; Gawlikowska-Sroka, A.; Szczurowski, J.; Nowakowski, D.; Dzieciolowska-Baran, E. 2011. A case of concha bullosa mucopyocele in a Medieval human skull. *International Journal of Osteoarchaeology*, 21: 367-370.
- Kyere, K. A.; Than, K. D.; Wang, A. C.; Rahman, S. U.; Vadivia-Valdivia, J. M.; La Marca, F.; Park, P. 2012. Schmorl’s nodes. *European Spine Journal*, 21: 2115-2121.
- Larivière, D.; Blavot-Delépine, A.; Fantin, B.; Lefort, A. 2011. Prise en charge de l’érupelle en médecine générale: enquête de pratique. Survey of general practitioners management of erysipelas. *La Revue de Médecine Interne*, 32: 730-735.
- Larsen, C. S.; Teaford, M. F.; Sandford, M. K. 1998. Teeth as tools at Tutu: extramasticatory behavior in prehistoric St. Thomas, U. S. Virgin Islands. In: Lukacs, J. R. (ed.) *Human dental development, morphology, and pathology: a tribute to Albert A. Dahlberg*. Eugene (OR), University of Oregon Anthropological Papers, 54: 401-420.



- Leclerc, J. 1990. La notion de sépulture. *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, 2(3-4): 13-18.
- Leclerc, J.; Tarrête, J. 1988. Sépulture. In: Leroi-Gourhan, A. (ed.) *Dictionnaire de la Préhistoire*. Paris, Presses Universitaire de France: 963-964.
- Lieverse, A. R. 1999. Diet and the aetiology of dental calculus. *International Journal of Osteoarchaeology*, 9: 219-232.
- Lima, L. L. da G. 1999. O tribunal do Santo Ofício da Inquisição: o suspeito é o culpado. *Revista de Sociologia e Política*, 13: 17-21.
- Lipiner, E. 1999. *Terror e linguagem: um dicionário da Santa Inquisição*. Lisboa, Contexto Editora, Lda.
- Loth, S. R.; Henneberg, M. 1996. Mandibular ramus flexure: a new morphologic indicator of sexual in the human skeleton. *American Journal of Physical Anthropology*, 99: 473-485.
- Loth, S. R.; Henneberg, M. 2000. Gonial eversion: facial architecture, not sex. *Homo – Journal of Comparative Human Biology*, 51: 81-89.
- Lovász, G.; Pálfi, G.; Marcsik, A.; Pósa, A.; Neparáczky, E.; Molnár, E. 2010. Skeletal manifestation of tuberculosis in a late medieval anthropological series from Serbia. *Acta Biologica Szegediensis*, 54(2): 83-91.
- Lovell, N. C. 1997. Trauma analysis in paleopathology. *Yearbook of Physical Anthropology*, 40: 139-170.
- Lucas, S.; Sevin, A.; Passarius, O.; Esclassan, R.; Crubezy, E.; Grimoud, A. M. 2010. Study of dental caries and periapical lesions in a Mediaeval population of the southwest France: differences in visual and radiographic inspections. *HOMO – Journal of Comparative Human Biology*, 61(5): 359-72.
- Lusitano, A. 2010. *Centúrias de curas medicinais*. Lisboa, Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, Sociedade Unipessoal. Lda.
- MacLaughlin, S. M. 1990. Epiphyseal fusion at the sternal end of the clavicle in a Modern portuguese skeletal sample. *Antropologia Portuguesa*, 8: 59-68.
- Mair, L. H.; Stolarski, T. A.; Vowles, R. W.; Lloyd, C. H. 1996. Wear: mechanisms, manifestations and measurement. Report of a workshop. *Journal of Dentistry*, 24(1-2): 141-148.
- Marinho, L.; Almeida, D.; Santos, A.; Cardoso, H. F. V. 2012. Is the length of the sternum reliable for estimating adult stature? A pilot study using fresh sterna and a test of two methods using dry sterna. *Forensic Science International*, 220: 292.e1-292.e4.
- Mariotti, V.; Facchini, F.; Belcastro, M. G. 2004. Enthesopathies: proposal of a standardized scoring method and applications. *Collegium Antropologicum*, 28(1): 145-159.

- Mariotti, V.; Facchini, F.; Belcastro, M. G. 2007. The study of entheses: proposal of a standardized scoring method for twenty-three entheses of the postcranial skeleton. *Collegium Antropologicum*, 31(1): 291-313.
- Marques, C. 2007. *Da ráquis à periferia: o percurso das espondilartropatias na colecção de esqueletos identificados do Museu Bocage, Lisboa*. Dissertação de Mestrado em Evolução Humana, Departamento de Antropologia.
- Martin, R. E. 1999. *Taphonomy: a process approach*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Masset, C. 1982. *Estimation de l'âge au décès par les sutures craniennes*. Thèse de Doctorat en Sciences Naturelles, Université de Paris.
- Mateus, S. B. 2010/11. Los orígenes inciertos de la Inquisición en Lisboa (1536-1548): geografia penitencial y estrategias de defensa de los Cristãos-novos. *Tiempos Modernos*, 7(20): 1-23.
- Matos, V.; Santos, A. L. 2006. On the trail of pulmonary tuberculosis based on rib lesions: results from the human identified skeletal collection from the Museu Bocage (Lisbon, Portugal). *American Journal of Physical Anthropology*, 130: 190-200.
- Matos, V. M. J. de 2003. *Incursões no trilho da tuberculose pulmonar: diagnóstico diferencial com base no estudo da colecção de esqueletos identificados do Museu Bocage*. Dissertação de Mestrado em Evolução Humana, Departamento de Antropologia.
- Matos, V. M. J. de 2009. *O diagnóstico retrospectivo da lepra: complementaridade clínica e paleopatológica no arquivo médico do Hospital-Colónia Rovisco Pais (século XX, Tocha, Portugal) e na colecção de esqueletos da leprosaria medieval de St. Jorgen's (Odense, Dinamarca)*. Dissertação de Doutoramento em Antropologia, Departamento de Antropologia.
- Mays, S. 2012. Nasal septal deviation in a Mediaeval population. *American Journal of Physical Anthropology*, 148: 319-326.
- Mays, S.; Mavrogordato, M.; Lambert, J.; Sofaer, J. [2012]. The prevalence and health implications of concha bullosa in a population from Mediaeval England. *International Journal of Osteoarchaeology* [Published online in Wiley Online Library: 20-03-2012]. DOI: 10.1002/oa.2246.
- Mays, S.; Vincent, S.; Snow, M.; Robson-Brown, K. 2011. Concha bullosa: a neglected condition in palaeopathology. *International Journal of Paleopathology*, 1: 184-187.
- Mendes, S. P. F. 2003. *Antigo tribunal da Inquisição: Évora*. Évora, Fundação Eugénio de Almeida.
- Mendonça, M. C. de 2000. Estimation of height from the length of long bones in a Portuguese adult population. *American Journal of Physical Anthropology*, 112: 39-48.
- Menezes, R.; Kanchan, T.; Kumar, P.; Rao, J.; Lobo, S.; Uysal, S.; Krishan, K.; Kalthur, S. G.; Nagesh, K. R.; Shettigar, S. 2009. Stature estimation from the length of the sternum in

- South Indian males: a preliminary study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 16: 441-443.
- Minozzi, S.; Manzi, G.; Ricci, F.; di Lernia, S.; Tarli, S. M. B. 2003. Nonalimentary tooth use in Prehistory: an example from early Holocene in Central Sahara (Uan Muhuggiag, Tadrart Acacus, Libya). *American Journal of Physical Anthropology*, 120: 225-232.
- Moreira, E. F. P. 2007. *Evolução e perspectivas do comércio internacional de açúcar e álcool*. Dissertação de Doutoramento em Ciências Sociais, na área de Relações Internacionais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Mostofi, S. 2006. *Fracture classification in clinical practice*. London, Springer-Verlag.
- Moynihan, P. J. 2005. The role of diet and nutrition in the etiology and prevention of oral diseases. *Bulletin of the World Health Organization*, 83: 694-699.
- Muller, G. M. Arthrodesis of the trapezio-metacarpal joint for osteoarthritis. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 31B(4): 540-542.
- Nagaoka, T.; Hirata, K. 2008. Demographic structure of skeletal populations in historic Japan: a new estimation of adult age-at-death distributions based on the auricular surface of the ilium. *Journal of Archaeological Science*, 35: 1370-1377.
- Nakashima, T.; Hojo, T.; Suzuki, K.; Ijichi, M. 1995. Symphalangism (two phalanges) in the digits of the Japanese foot. *Annals of Anatomy*, 177(3): 275-278.
- Navani, M. B. S.; Shah, J. R.; Levy, P. S. 1970. Determination of sex by costal cartilage calcification. *American Journal of Roentgenology, Radium Therapy, and Nuclear Medicine*, 108(4): 771-774.
- Neves, M. J.; Almeida, M.; Ferreira, M. T. 2010. Separados na vida e na morte: retrato do tratamento mortuário dado aos escravos africanos na cidade moderna de Lagos. *Xelb*, 10: 547-560.
- Neves, M. J.; Almeida, M.; Ferreira, M. T. 2011. História de um arrabalde durante os séculos XV e XVI: o “Poço dos Negros” em Lagos (Algarve, Portugal) e o seu contributo para o estudo dos escravos africanos em Portugal. In: Matos, A. T.; Costa, J. P. (eds.) *A Herança do Infante*. Lisboa, CHAM, CEPCEP e Câmara Municipal de Lagos: 29-46.
- Oettlé, A. C.; Pretorius, E.; Steyn, M. 2009. Geometric morphometric analysis of the use of mandibular gonial eversion in sex determination. *HOMO – Journal of Comparative Human Biology*, 60: 29-43.
- Ogden A. 2008. Advances in the palaeopathology of teeth and jaws. In: Pinhasi R.; Mays S. (eds.) *Advances in human palaeopathology*. San Francisco, Wiley: 282-307.
- Olivier, G.; Demoulin, F. 1984. *Pratique anthropologique à l'usage des étudiants*. Paris, Université Paris 7.
- Ortner, D. J. 2003. *Identification of pathological conditions in human skeletal remains*. San Diego, Academic Press.

- Paiva, J. P. 2011. *Baluartes da fé e da disciplina: o enlace entre a Inquisição e os bispos de Portugal (1536-1750)*. Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Peng, B.; Wu, W.; Hou, S.; Shang, W.; Wang, X.; Yang, Y. 2003. The pathogenesis of Schmorl's nodes. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 85-B(6): 879-882.
- Pereira, I. da R. 1984. *Documentos para a história da Inquisição em Portugal*. Fascículo 18. Porto, Arquivo Histórico Dominicano Português.
- Pereira, I. da R. 1987. *Documentos para a história da Inquisição em Portugal (século XVI)*. Volume I. Lisboa, Cáritas Portuguesa.
- Piazza, C. C.; Ficher, W. W.; Hanley, G. P.; LeBlanc, L. A.; Worsdell, A. S.; Lindauer, S. E.; Keeney, K. M. 1998. Treatment of pica through multiple analyses of its reinforcing functions. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31: 165-189.
- Pieroni, G. 2000. *Os excluídos do reino: a Inquisição portuguesa e o degredo para o Brasil colônia*. Brasília, Universidade de Brasília.
- Pittore, B.; Safi, W. A.; Jarvis, S. J. 2011. Concha bullosa of the inferior turbinate: an unusual cause of nasal obstruction. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 31: 47-49.
- Plomp, K. A.; Roberts, C. A.; Vidarsdóttir, U. N. 2012. Vertebral morphology influences the development of Schmorl's nodes in the lower thoracic vertebrae. *American Journal of Physical Anthropology*, 149: 572-582.
- Polónia, A. 2005. Espaços de intervenção religiosa do Cardeal Infante D. Henrique: actuação pastoral, reforma monástica e Inquisição. In: Amorim, I.; Osswald, M. H.; Polónia, A. (eds.) *Em torno dos espaços religiosos: monásticos e eclesíasticos*. Porto, Instituto de História Moderna, Universidade do Porto: 17-37.
- Polónia, A. 2009. *D. Henrique: o Cardeal-Rei. Reis de Portugal*. Rio de Mouro, Temas & Debates.
- Proff, P.; Fanghänel, J.; Allegrini Jr., S.; Bayerlein, T.; Gedrange, T. 2006. Problems of supernumerary teeth, hyperdontia or dentes supernumerarii. *Annals of Anatomy*, 188: 163-169.
- Pulido, J. I. 2007. *Os judeus e a Inquisição no tempo dos Filipes*. Lisboa, Campo de Comunicação.
- Rahmi, M.; Arssi, M.; Doumane, B.; Cohen, D.; Trafteh, M. 2001. Memoires originaux: les fractures de la tête fémorale. *Revue Marocaine de Chirurgie Orthopedique et Traumatologique*, 4: 12-18.
- Rando, C.; Waldron, T. 2012. TMJ osteoarthritis: a new approach to diagnosis. *American Journal of Physical Anthropology*, 148: 45-53.
- Raxter, M. H.; Auerbach, B. M.; Ruff, C. B. 2006. Revision of the Fully technique for estimating stature. *American Journal of Physical Anthropology*, 130: 274-384.

- Rejtarová, O.; Hejna, P.; Rejtar, P.; Bukac, J.; Slízová, D.; Krs, O. 2009. Sexual dimorphism of ossified costal cartilage: radiograph scan study on Caucasian men and women (Czech population). *Forensic Science International*, 191: 110.e1-110.e5.
- Rejtarová, O.; Slízová, D.; Smoranc, P.; Rejtar, P.; Bukac, J. 2004. Costal cartilages – a clue for determination of sex. *Biomedical Papers*, 148(2): 241-243.
- Reynolds, A. 2009. *Anglo-Saxon deviant burial customs*. Oxford, Oxford University Press.
- Ricardo, S. C. 2006. *As redes mercantis no final do século XVI e a figura do mercador João Nunes Correia*. Dissertação de Pós-Graduação em História Económica, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.
- Rissech, C.; Estabrook, G. F.; Cunha, E.; Malgosa, A. 2006. Using the acetabulum to estimate age at death of adult males. *Journal of Forensic Science*, 51(2): 213-229.
- Rissech, C.; Estabrook, G. F.; Cunha, E.; Malgosa, A. 2007. Estimation of age-at-death for adult males using the acetabulum, applied to four Western European populations. *Journal of Forensic Sciences*, 52(4): 774-778.
- Rodrigues, A. F.; Lopes, G. 2009. *Fundação Eugénio de Almeida – Jardim das Casas Pintadas: sondagens arqueológicas. Relatório Final*. Torres Novas, Crivarque, Lda. [Relatório policopiado].
- Rodrigues, A. F.; Lopes, G.; Costa, C. 2008. *A intervenção arqueológica no Jardim das Casas Pintadas (Fundação Eugénio de Almeida, Évora)*. Poster apresentado no IV Encontro de Arqueologia do Sudoeste Peninsular, Aracena, Espanha, (27-29 de Novembro de 2008).
- Rogers, J.; Waldron, T. 1995. *A field guide to joint disease in Archaeology*. Chichester, John Wiley & Sons.
- Rollins, S. E.; Rollins, S. M.; Ryan, E. T. 2003. *Yersinia pestis* and the plague. *American Journal of Clinical Pathology*, 119(1): S78-S85.
- Rougé-Maillart, C.; Ville, B.; Jousset, N.; Chappard, D.; Telmon, N.; Cunha, E. 2009. Development of a method to estimate skeletal age at death in adults using acetabulum and the auricular surface on a Portuguese population. *Forensic Science International*, 188: 91-95.
- Rushforth, A. F. 1949. A congenital abnormality of the trapezium and first metacarpal bone. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 31(4): 543-546.
- Sánchez, R. S. 2002. Museo de la Inquisición y el Congreso: Perú. *Biblios, Revista Electrónica de Bibliotecología, Archivología y Museología*, 4(13): 1-6.
- Sanjuán, J. G. 1979. Las cárceles inquisitoriales de Granada. *Jábega*, 28: 19-28.
- Santos, A. L. 2000. *A skeletal picture of tuberculosis: macroscopic, radiological, biomolecular, and historical evidence from the Coimbra identified skeletal collection*. Dissertation submitted for the degree of PhD in Anthropology, Department of Anthropology.

- Santos, A. L. 2006. Anatomy of a serial killer: differential diagnosis of tuberculosis based on rib lesions of adult individuals from the Coimbra identified skeletal collection, Portugal. *American Journal of Physical Anthropology*, 130: 38-49.
- Santos, C. M. G. C. 2002. *Estimativa da estatura a partir dos metatársicos*. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.
- Santos, P. A. 2008. Cerâmicas de cronologia moderna do edifício do Aljube em Lisboa. *Revista Portuguesa de Arqueologia*, 11(2): 325-345.
- Sırmalı, M.; Türüt, H.; Topçu, S.; Gülhan, E.; Ülkü, Y.; Kaya, S.; Taştepe, I. 2003. A comprehensive analysis of traumatic rib fractures: morbidity, mortality and management. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*, 24: 133-138.
- Scheuer, L.; Black, S. 2000. *Developmental juvenile osteology*. San Diego, Academic Press.
- Schmelzer-Schmied, N.; Jung, M.; Ludwig, K. 2011. Radiological and clinical outcome after operations in patients with congenital deficiencies of the wrist and hand. *European Journal of Radiology*, 77: 261-268.
- Silva, A. C. 1994/1995. A “restauração” do templo romano de Évora. *A Cidade de Évora, Boletim de Cultura da Câmara Municipal*, II(1): 63-71.
- Silva, A. M. G. da 1993. *Os restos humanos da gruta artificial de São Pedro do Estoril II: estudo antropológico*. Volume I. Relatório de Investigação em Ciências Humanas, Departamento de Antropologia.
- Silva, A. M. 1995. Sex assessments using the calcaneus and talus. *Antropologia Portuguesa*, 13: 107-119.
- Silva, A. M. G. da 2002. *Antropologia funerária e paleobiologia das populações portuguesas (litorais) do Neolítico Final/Calcolítico*. Dissertação de Doutoramento em Antropologia, Departamento de Antropologia.
- Silva, J. J. de A. 1855a. *Collecção chronologica da legislação portuguesa: 1613-1619*. Lisboa, Imprensa de J. J. A. Silva.
- Silva, J. J. de A. 1855b. *Collecção chronologica da legislação portuguesa: 1634-1640*. Lisboa, Imprensa de F. X. de Souza.
- Singh, J.; Pathak, R. K.; Chavali, K. H. 2011. Skeletal height estimation from regression analysis of sternal lengths in a Northwest Indian population of Chandigarh region: a postmortem study. *Forensic Science International*, 206(1-3): 211.e1-211.e8.
- Smith, B. H. 1984. Patterns of molar wear in Hunter-gatherers and agriculturalists. *American Journal of Physical Anthropology*, 63: 39-56.
- Steckel, R. H.; Larsen, C. S.; Scullli, P. W.; Walker, P. L. 2005. *Data collection codebook*. [Online]. The Global History of Health Project. [Acedido em 10-10-2012]. Disponível em: [http://global.sbs.ohio-state.edu/european\\_module.htm](http://global.sbs.ohio-state.edu/european_module.htm).

- Stenseth, N. C.; Atshabar, B. B.; Begon, M.; Belmain, S. R.; Bertherat, E.; Carniel, E.; Gage, K. L.; Leirs, H.; Rahalison, L. 2008. Plague: past, present, and future. *PLoS Medicine*, 5(1): 009-0013.
- Storey, R. 2007. An elusive paleodemography? A comparison of two methods for estimating the adult age distribution of deaths at late classic Copan, Honduras. *American Journal of Physical Anthropology*, 132: 40-47.
- Swift, I.; Paquette, D.; Davison, K.; Saeed, H. 1999. Pica and trace metal deficiencies in adults with developmental disabilities. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 45(89): 111-117.
- Tague, R. G. 2011. Fusion of coccyx to sacrum in humans: prevalence, correlates, and effect on pelvic size, with obstetrical and evolutionary implications. *American Journal of Physical Anthropology*, 145: 426-437.
- Tereso, S. 2009. *Memórias no Largo: estudo de uma amostra osteológica humana exumada no Largo Cândido dos Reis Santarém (XVI-XVIII)*. Dissertação de Mestrado em Evolução Humana, Departamento de Antropologia.
- Tostado, L. M. S. 1997. *Historia de las prisiones en la provincia de Jaen*. Jaén, Editorial Jabalcuz.
- Trotter, M.; Gleser, G. C. 1952. Estimation of stature from long bones of American Whites and Negroes. *American Journal of Physical Anthropology*, 10(4): 463-512.
- Tsaliki, A. 2008. Unusual burials and necrophobia: an insight into the burial archaeology. In: Murphy, E. M. (ed.) *Deviant burial in the archaeological record*. Oxford, Oxbow Books: 1-16.
- Turner II, C. G.; Nichol, C. R.; Scott, G. R. 1991. Scoring procedures for key morphological traits of the permanent dentition: the Arizona State University Dental Anthropology System. In: Kelley, M. A; Larsen, C. S. (eds.) *Advances in dental anthropology*. New York, Wiley-Liss, Inc: 13-32.
- Ubelaker, D. H. 1974. *Reconstruction of demographic profiles from ossuary skeletal samples: a case study from the tidewater potomac*. Smithsonian contributions to anthropology, 18. Washington, Smithsonian Institution Press.
- Uzel, A.-P.; Laflamme, G.-Y.; Rouvillain, J.-L. 2010. Irreducible pipkin II femoral head fractures: is transgluteal approach the best strategy? *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, 96: 695-701.
- Vieira, A. 1821. *Noticias reconditas do modo de proceder a Inquisição de Portugal com os seus prezos*. Lisboa, Imprensa Nacional.
- Villotte, S.; Castex, D.; Couallier, V.; Dutour, O.; Knüsel, C. J.; Henry-Gambier, D. 2010. Enthesopathies as occupational stress markers: evidence from the upper limb. *American Journal of Physical Anthropology*, 142: 224-234.

- Vreven, J.; Vermeersch, G.; Mainguet, P. 2008. Lésions dentaires associées aux acides d'origine exogène et endogène. *Acta Endoscopica*, 3: 263-281.
- Waldron, T. 2009. *Paleopathology*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Wasterlain, R. S. C. N. 2000. *Morphé: análise das proporções entre os membros, dimorfismo sexual e estatura de uma amostra da coleção de esqueletos identificados do Museu Antropológico da Universidade de Coimbra*. Dissertação de Mestrado em Evolução Humana, Departamento de Antropologia.
- Wasterlain, R. S. C. N. 2006. *'Males da boca': estudo da patologia oral numa amostra das coleções osteológicas identificadas do Museu Antropológico da Universidade de Coimbra (finais do séc. XIX/inícios do séc. XX)*. Dissertação de Doutoramento em Antropologia, Departamento de Antropologia.
- Wasterlain, S. N.; Cunha, E.; Hillson, S. 2011. Periodontal disease in a Portuguese identified skeletal sample from the late nineteenth and early twentieth centuries. *American Journal of Physical Anthropology*, 145: 30-42.
- Wasterlain, S. N.; Hillson, S.; Cunha, E. 2009. Dental caries in a Portuguese identified skeletal sample from the late 19th and early 20th centuries. *American Journal of Physical Anthropology*, 140: 64-79.
- Weiss, E.; Jurmain, R. 2007. Osteoarthritis revisited: a contemporary review of aetiology. *International Journal of Osteoarchaeology*, 17: 437-450.
- Weston, D. A. 2008. Investigating the specificity of periosteal reactions in pathology museum specimens. *American Journal of Physical Anthropology*, 137: 48-59.
- Weston, D. A. 2009. Paleohistopathological analysis of pathology museum specimens: can periosteal reaction microstructure explain lesion etiology? *American Journal of Physical Anthropology*, 140: 186-193.
- Yood, R. A.; Goldenberg, D. L. 1980. Sternoclavicular joint arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 23(2): 232-239.
- Zehi, K.; Karray, S.; Litaïem, T.; Douik, M. 1997. Fracture: luxation de la tête fémorale à propôs de 10 cas. *Acta Orthopaedica Belgica*, 63(4): 268-273.

## 5.2. Manuscritas

### ADÉ, Arquivo Distrital de Évora

- ADÉ, 1/213 – Arquivo Distrital de Évora, Livro 1º dos Originais, fl. 213.
- ADÉ, 4/224 – Arquivo Distrital de Évora, Livro 4º de Registo, fl. 224.
- ADÉ, 6/282 – Arquivo Distrital de Évora, Livro 6º dos Originais, fl. 282.



**BPÉ, Biblioteca Pública de Évora**

BPÉ, II/18 – Biblioteca Pública de Évora, Livro II, fl. 18. Armário III e IV, nº30, peça 2, Templo de Diana, 29 folhas.

**ANNT, Arquivo Nacional da Torre do Tombo**

Número dos processos consultados da Inquisição de Évora: 336; 632; 1029; 1248; 1267; 1713; 1756; 2012; 2215; 2324; 2325; 2327; 2338; 2415; 2566; 2947; 3692; 3947; 4092; 4281; 4740; 4876; 5124; 5162; 5254; 5363; 5478; 5479; 5654; 5715; 5786; 5909; 5958; 5966; 6099; 6122; 6130; 6228; 6358; 6434; 6438; 6556; 6843; 7186; 7450; 7455; 7466; 7511; 7600; 7664; 7885; 8186; 8591; 8793; 8616; 8793; 8816; 10723.